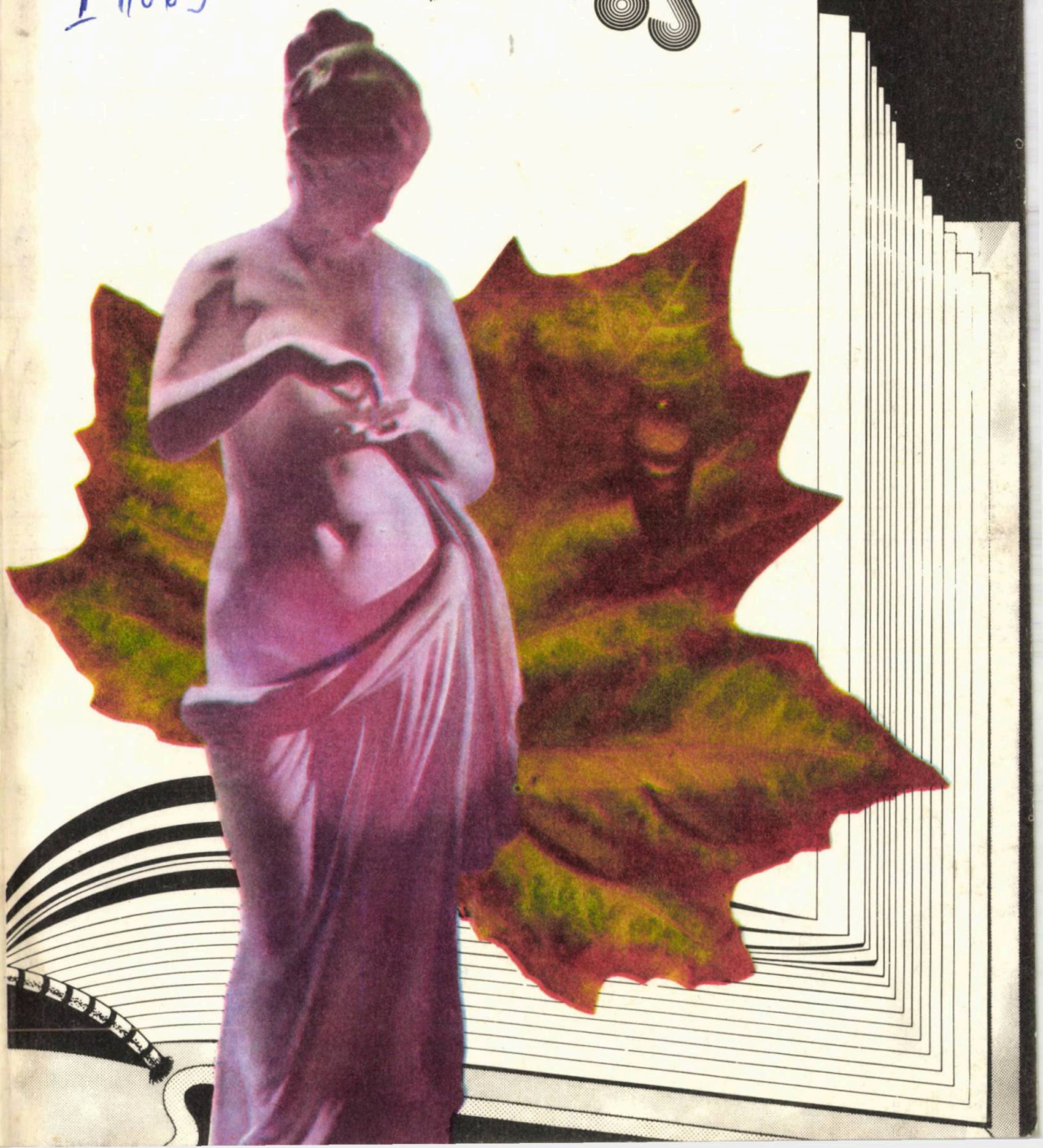
ALMANAHUL

SĂNĂTĂȚII '83

I 11065



ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII '83

I 11065

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII '83

EDITURA MEDICALĂ

DIN CUPRINS

LA BAZA OBIECTIVULUI O.M.S. „SĂNĂTATE PENTRU TOȚI ÎN ANUL 2000"
NOCIVITATEA EXCESULUI DE ZAHĂR ÎN ALIMENTAȚIE
SĂ REDĂM VIAȚĂ BĂTRÎNEȚII
INIMA LA CEA DE A 3-A VÎRSTĂ
BOLNAVUL DIGESTIV VÎRSTNIC
MEMORIA ÎȘI DEZVĂLUIE TAINELE
BLOCANȚII DE CALCIU SALVEAZĂ INIMA
HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ ESENȚIALĂ, CONSUMUL DE SARE ȘI SUSCEPTIBILITATEA GENETICĂ
CORDUL PULMONAR CRONIC
FACTORI DE RISC ÎN BOLILE BRONHOPULMONARE
SUPERIORITATEA ALIMENTAȚIEI NATURALE
MALNUTRIȚIA PROTEIN-CALORICĂ A SUGARULUI ȘI COPILULUI MIC
RAHITISMUL — BOALĂ CARENȚIALĂ
OBEZITATEA DE ORIGINE ALIMENTARĂ LA COPIL
DEZVOLTAREA NEUROMOTORIE A COPILULUI
SĂ FERIM COPIII DE INFECȚIILE STREPTOCOCICE
UTILIZAREA RAȚIONALĂ A PREPARATELOR DE FIER LA COPII
COPILUL NOSTRU ESTE FRICOS, DE CE ?
CE ȘTIM DESPRE TICURILE COPILULUI ?
LIMITE ȘI POSIBILITĂȚI ÎN PREVENIREA ÎNAPOIERII MINTALE
NOI PAȘI ÎN DESCIFRAREA MISTERELOR FECUNDAȚIEI LA OM
MEDICAMENTELE ȘI SARCINA
ESTE BĂIAT SAU FATĂ ?
ALERGIA ȘI CANCERUL
REALIZĂRI ÎN DOMENIUL TRANSPLANTULUI DE ORGAN
PROTEZAREA IMEDIATĂ
ACUPUNCTURA — MIT SAU REALITATE ?
ALERGIILE — MALADII ALE UNUI ORGANISM SENSIBILIZAT
HORMONII ȘI OSTEOPOROZA
BOALĂ REUMATISMALĂ SAU FALSE REUMATISME ?
PROGRESE ÎN DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL SPONDILARTRITEI ANCHILOZANTE
SUFERINȚELE POSTOPERATORII ÎN AFECȚIUNILE BILIARE
PRIMUL AJUTOR ÎN TRAUMATISMELE MEMBRELOR
HEMOROIZII ȘI RECTORAGIA
HEMORAGIILE CĂILOR AERO-DIGESTIVE SUPERIOARE
OCHIUL ȘI BOALA ENDOCRINĂ
CATARACTA
TULBURĂRILE URINARE ȘI IMPORTANȚA LOR DIAGNOSTICĂ
LITIAZA RENALĂ
CHISTUL HIDATIC HEPATIC
DE LA MICILE RĂNIRI LA O BOALĂ INFECȚIOASĂ DE MARE GRAVITATE
SOARELE — PRIETEN ȘI INAMIC AL PIELII
STRES ȘI BOALĂ
DEPRESIA ÎNTRE TRISTEȚE ȘI SUICID
PAGINI DE UMOR

Redactor :
LUCIA GHEORGHIU

Secretar de redacție :
FLOAREA NIȚĂ

Prezentare grafică :
IOAN MINOIU
VASILE ȘTEFANESCU

35 467

TOVARĂȘUL NICOLAE CEAUȘESCU

SECRETAR GENERAL AL PARTIDULUI COMUNIST ROMÂN

PREȘEDINTELE REPUBLICII SOCIALISTE ROMÂNIA

CALENDAR '83

IANUARIE

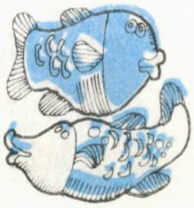
L		3	10	17	24	31
M		4	11	18	25	
M		5	12	19	26	
J		6	13	20	27	
V		7	14	21	28	
S	1	8	15	22	29	
D	2	9	16	23	30	

FEBRUARIE

		7	14	21	28	
1		8	15	22		
2		9	16	23		
3		10	17	24		
4		11	18	25		
5		12	19	26		
6		13	20	27		

MARTIE

		7	14	21	28	
1		8	15	22	29	
2		9	16	23	30	
3		10	17	24	31	
4		11	18	25		
5		12	19	26		
6		13	20	27		



APRILIE

		4	11	18	25	
		5	12	19	26	
		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
1		8	15	22	29	
2		9	16	23	30	
3		10	17	24		

MAI

L		2	9	16	23	30
M		3	10	17	24	31
M		4	11	18	25	
J		5	12	19	26	
V		6	13	20	27	
S		7	14	21	28	
D	1	8	15	22	29	

IUNIE

		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
1		8	15	22	29	
2		9	16	23	30	
3		10	17	24		
4		11	18	25		
5		12	19	26		

IULIE

		4	11	18	25	
		5	12	19	26	
		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
1		8	15	22	29	
2		9	16	23	30	
3		10	17	24	31	

AUGUST

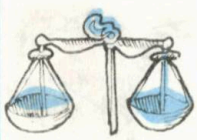
1		8	15	22	29	
2		9	16	23	30	
3		10	17	24	31	
4		11	18	25		
5		12	19	26		
6		13	20	27		
7		14	21	28		

SEPTEMBRIE

L		5	12	19	26	
M		6	13	20	27	
M		7	14	21	28	
J	1	8	15	22	29	
V	2	9	16	23	30	
S	3	10	17	24		
D	4	11	18	25		

OCTOMBRIE

		3	10	17	24	31
		4	11	18	25	
		5	12	19	26	
		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
1		8	15	22	29	
2		9	16	23	30	



NOIEMBRIE

		7	14	21	28	
1		8	15	22	29	
2		9	16	23	30	
3		10	17	24		
4		11	18	25		
5		12	19	26		
6		13	20	27		

DECEMBRIE

		5	12	19	26	
		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
1		8	15	22	29	
2		9	16	23	30	
3		10	17	24	31	
4		11	18	25		

'84

IANUARIE

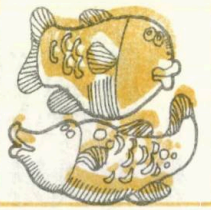
L	2	9	16	23	30	
M	3	10	17	24	31	
M	4	11	18	25		
J	5	12	19	26		
V	6	13	20	27		
S	7	14	21	28		
D	1	8	15	22	29	

FEBRUARIE

		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
1		8	15	22	29	
2		9	16	23		
3	10	17	24			
4	11	18	25			
5	12	19	26			

MARTIE

		5	12	19	26	
		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
1		8	15	22	29	
2		9	16	23	30	
3	10	17	24	31		
4	11	18	25			



APRILIE

	2	9	16	23	30	
	3	10	17	24		
	4	11	18	25		
	5	12	19	26		
	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		

MAI

L		7	14	21	28	
M	1	8	15	22	29	
M	2	9	16	23	30	
J	3	10	17	24	31	
V	4	11	18	25		
S	5	12	19	26		
D	6	13	20	27		

IUNIE

		4	11	18	25	
		5	12	19	26	
		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
1		8	15	22	29	
2		9	16	23	30	
3	10	17	24			

IULIE

	2	9	16	23	30	
	3	10	17	24	31	
	4	11	18	25		
	5	12	19	26		
	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		

AUGUST

		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
1		8	15	22	29	
2		9	16	23	30	
3	10	17	24	31		
4	11	18	25			
5	12	19	26			

SEPTEMBRIE

L	3	10	17	24		
M	4	11	18	25		
M	5	12	19	26		
J	6	13	20	27		
V	7	14	21	28		
S	1	8	15	22	29	
D	2	9	16	23	30	

OCTOMBRIE

1		8	15	22	29	
2		9	16	23	30	
3	10	17	24	31		
4	11	18	25			
5	12	19	26			
6	13	20	27			
7	14	21	28			

NOIEMBRIE

		5	12	19	26	
		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
1		8	15	22	29	
2		9	16	23	30	
3	10	17	24			
4	11	18	25			

DECEMBRIE

	3	10	17	24	31	
	4	11	18	25		
	5	12	19	26		
	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		

EDITORIAL '83

A devenit o tradiție de înaltă responsabilitate ca la început de an să aruncăm o scurtă privire retrospectivă asupra realizărilor.

Bilanțul acestor realizări importante obținute pînă în prezent demonstrează din plin justețea hotărîrilor Congresului al XII-lea al partidului. La baza succeselor înregistrate se află munca, eforturile depuse de întregul popor sub conducerea înțeleaptă a partidului, chezășia făuririi societății socialiste multilateral dezvoltate pe pămîntul patriei, a creșterii bunăstării și fericirii tuturor celor ce muncesc.

In acest cadru general, „Editorialul" Almanahului sănătății 1983 este chemat să reflecte înalta responsabilitate, conștiința profesională, patriotismul, omenia și devotamentul întregului corp medico-sanitar, care, alături de clasa noastră muncitoare, luptă pentru făurirea noii societăți, pentru creșterea continuă a calității vieții.

Se poate spune, fără nici o rezervă, că avem puternice motive să ne mîndrim cu realizările din domeniul ocrotirii sănătății obținute în anul 1982. Cu tenacitatea și cutezanța comunistă proiectăm gîndurile și formulăm obiectivele pentru anul care vine.

Dispunem de o bază tehnico-materială puternică atît în privința unităților sanitare, cît și a personalului medico-sanitar. Numărul paturilor de spital a ajuns la 196 500, revenind aproape 9 paturi pentru o mie de locuitori. Funcționează peste 5 700 de dispensare medicale, din care 2 725 în comune, 1 080 în orașe și peste 1 800 în întreprinderi și instituții de învățămînt.

România socialistă se situează astăzi printre țările cu indicatori buni ai stării de sănătate, fapt cu atît mai meritoriu cu cît în perioada antebelică aveam una dintre cele mai precare situații din punct de vedere al sănătății din Europa. Bolile transmisibile, altădată cu o frecvență atît de crescută în această parte a continentului, au fost în bună măsură eradicate ; mortalitatea generală a populației a scăzut la jumătate, iar cea infantilă s-a redus de peste 6 ori, în anul 1982 înregistrîndu-se cel mai redus număr de decese la copii cu vîrsta de la 0–1 an din istoria medicală a țării noastre. Durata medie de viață a crescut de la 42 de ani, cît era în perioada imediat anterioară celui de al 2-lea război mondial, la 70 de ani în etapa actuală. Aceste rezultate sînt pe măsura înfăptuirilor realizate de partidul și statul nostru în anii construcției socialiste și se înscriu perfect în bilanțul pozitiv, obținut de poporul nostru în toate sectoarele de activitate.

Dezvoltarea bazei materiale a ocrotirii sănătății, perfecționarea profesională a lucrătorilor din sectorul sanitar, ca și gradul înalt de tehnicizare a actului medical la toate eșaloanele rețelei de asistență medicală, asigură condiții pentru trecerea la o nouă calitate a activității în acest domeniu.

Personalul medico-sanitar din țara noastră este astăzi confruntat cu o morbiditate a cărei structură se identifică cu cea întîlnită în țările dezvoltate. Sub conducerea directă a organelor superioare de partid, la indicația expresă a tovarășului Nicolae Ceaușescu, secretar general al partidului,

președintele Republicii Socialiste România, Ministerul Sănătății, prin unitățile sale (direcții sanitare județene, institute, centre și clinici medicale) și cu sprijinul unor largi colective de specialiști, a trecut la elaborarea unor programe de sănătate pe termen lung, vizînd prevenirea și combaterea bolilor care predomină în etapa actuală. Marile eforturi sînt îndreptate spre cunoașterea și înlăturarea unor factori de risc – proprii vieții moderne –, care favorizează apariția și creșterea frecvenței bolilor aparatului cardiovascular, a tumorilor, a bolilor aparatului respirator, a celor hepatodigestive și metabolice, precum și a bolilor cronice, degenerative, la care incidența și modul de manifestare constituie obiective fundamentale ale cercetării științifice medicale și fac parte din prioritățile de bază ale sistemului actual de ocrotire a sănătății.

Ca în toate celelalte țări dezvoltate, și la noi afecțiunile inimii și ale vaselor sanguine înregistrează o netă ascensiune, atît ca urmare a intensificării acțiunilor de depistare activă în teritoriul multor județe, cît și a creșterii reale a factorilor de risc și, implicit, a incidenței acestor îmbolnăviri. Predomină în mod cert cardiopatia ischemică, hipertensiunea arterială și cordul pulmonar cronic, care constituie dealtfel factorii etiologici principali în structura letalității generale.

Este îndeobște cunoscut că bolile cardiovasculare produc mai mult de jumătate din decesele ce se înregistrează anual, depășind pe cele datorate cancerului, accidentelor rutiere și bolilor pulmonare luate la un loc. Programul pe termen lung în domeniul bolilor cardiovasculare s-a integrat în activitatea de ansamblu a rețelei sanitare din multe județe, iar anul 1983 se conturează ca un an de vîrf în privința intensificării preocupărilor profilactice pe întreg teritoriul.

In contextul apărării și promovării sănătății, depistarea precoce a tumorilor maligne constituie, de asemenea, o preocupare permanentă atît la nivelul unităților sanitare teritoriale, cît și în cadrul spitalelor județene, clinicilor de specialitate, institutelor de profil.

Introducerea examenului oncologic la toate persoanele internate în serviciile de ginecologie, în colectivitățile de femei, în cartierele urbane intens populate, reprezintă metoda de bază în aplicarea mijloacelor de profilaxie secundară a acestei boli, care constituie în prezent un dușman de temut al omenirii. Avem datoria să aplicăm toate metodele pe care ni le oferă practica medicală actuală, pentru a stăvili extinderea acestui flagel care prezintă încă multe necunoscute și cu care știința medicală de pretutindeni duce o luptă acerbă. Intensitatea acțiunilor de depistare cît mai timpurie ocupă un loc prioritar în ansamblul măsurilor prevăzute în programul pe termen lung elaborat de Ministerul Sănătății și adoptat de Consiliul Sanitar Superior.

Investigațiile întreprinse în prezent de cercetători se îndreaptă spre studierea, cu tehnici perfecționate, a factorilor din mediul ambiant, care în multe zone constituie poluanți majori ai aerului, apei și solului, cu toate consecințele nefavorabile ce decurg pentru integritatea organismului uman.

Promovînd medicina omului sănătos, se rezolvă unul din postulatele fundamentale ale ocrotirii sănătății, care urmărește protecția omului față de orice noxă, apărarea organismului de tot ceea ce-i poate modifica negativ

psihofiziologia, evoluția normală a structurii sale biologice. În același context elaborarea normelor științifice de alimentație pe categorii de populație conduce la stabilirea unor deprinderi sănătoase, adecvate și diferențiate în raport cu posibilitățile și condițiile specifice locale, dublate de o educare permanentă a populației pe teme medico-sanitare. Succesul unor astfel de acțiuni se bazează atît pe efortul permanent pe care trebuie să-l depună organele sanitare, dar, în aceeași măsură, și pe interesul cetățenilor, care trebuie să acorde atenția cuvenită autoapărării propriei lor sănătăți, promovării cu mai multă exigență a principiilor de igienă acasă, la locul de muncă, în locurile publice și în toate împrejurările în care se impune păstrarea unei salubrități optime.

Printre obiectivele medico-sanitare majore ale anului 1983 se înscriu și preocupările referitoare la buna organizare și desfășurare a asistenței medicale de urgență în orice moment în care împrejurările o impun. Permanența la dispensarele de medicină generală, prezența unui personal specializat la serviciile de gardă ale spitalelor, activitatea neîntreruptă a serviciilor și stațiilor de salvare, dotarea unităților sanitare cu cele necesare, sînt menite să asigure condiții optime pentru acordarea asistenței medicale de urgență în toate cazurile indicate. Pentru o cît mai judicioasă utilizare a bazei materiale și de cadre, Ministerul Sănătății a elaborat norme tehnice privind acordarea asistenței de urgență, a căror aplicare corectă a avut, în cele mai multe situații, efecte dintre cele mai pozitive.

S-a pus accentul îndeosebi pe rezolvarea urgențelor privind cazurile de graviditate sau complicațiile acestora, copiii suferinzi de boli grave, bolnavii cu hemoragii produse de diverse cauze, traumatizații etc., reușindu-se să se facă față cerințelor majore în acest domeniu.

Intrînd în anul 1983, păşim în cel de-al 5-lea an de la aplicarea Legii nr. 3/1978 privind asigurarea sănătății populației, lege inspirată din concepția profund umanistă a secretarului general al partidului, tovarășul Nicolae Ceaușescu. Prin aplicarea principiilor de bază ale acestei legi, ocrotirea sănătății a căpătat noi valențe, fiind tot mai strîns legată de nevoile populației, axîndu-se tot mai mult pe principalele aspecte rezultate din structura morbidității populației.

O largă dezvoltare a cunoscut asistența medicală ambulatorie, principală verigă a sistemului modern al asistenței medicale. Spitalul rămîne apanajul doar al bolnavilor în stare gravă, care necesită o îngrijire medicală neîntreruptă, precum și al acelor cazuri care necesită proceduri terapeutice sau investigații complexe, ce nu pot fi efectuate la nivelul cabinetelor din policlinici. Că aceasta este situația, ne-o demonstrează faptul că anual, în dispensare și policlinici, se acordă 191 de milioane prestații medicale, față de numai 5 milioane de bolnavi internați în spitale, în decurs de un an. Aceasta arată, în mod evident, importanța ce trebuie să se acorde asistentei ambulatorii, ca metodă de bază în aplicarea îngrijirilor medicale. Organele sanitare urmăresc cu atenție modul cum se utilizează personalul de specialitate din policlinici, conținutul activității și eficiența acesteia, pentru a crește rolul unităților ambulatorii în asistența medicală a populației, pentru înlăturarea internărilor nejustificate și folosirea cît mai rațională a bazei materiale și de cadre a sectorului sanitar.

Extinderea mijloacelor de diagnostic și tratament la nivelul cabinetelor din policlinici, participarea tuturor medicilor de specialitate din secțiile cu paturi la asistența ambulatorie și creșterea accesului bolnavilor la acești specialiști, reprezintă obiectivul principal al organelor sanitare pe anul 1983. Totodată, repunerea medicului de medicină generală în drepturile și îndatoririle ce-i revin în ansamblul măsurilor de ocrotire a sănătății, preluarea tuturor sarcinilor în ceea ce privește depistarea, supravegherea și controlul sistematic al bolnavilor atît în cabinet, cît și la domiciliu, întăresc competența sa profesională, acolo unde își desfășoară activitatea : în comune, întreprinderi, școli sau în cartierele orășenești. Îmbinarea armonioasă a activității depuse la nivel de dispensar, policlinică și spital, întreținerea unui sistem informațional corect și permanent între cele trei verigi medicale în ceea ce privește evoluția bolii, asigură o eficiență sporită actului medical și determină o ridicare a calității îngrijirilor medicale, contribuind astfel la dezvoltarea întregului sistem al ocrotirii sănătății în profil teritorial.

În noul an, organele sanitare sînt chemate să acorde o atenție specială asistenței medicale oferită personalului muncitor din întreprinderi și de pe marile șantiere, supravegherii permanente a stării de sănătate a oamenilor muncii, prevenirii și reducerii îmbolnăvirilor, creșterii continue a capacității de muncă și de creație a poporului. În multe din regiunile țării se dezvoltă servicii și instituții medico-balneare, care au drept scop valorificarea superioară a factorilor naturali de cură, a nămolurilor terapeutice, a apelor termale cu efect medical, de care țara noastră dispune din plin și de care pot beneficia un număr tot mai mare de oameni ai muncii, în vederea recuperării forței de muncă.

Direcțiile și orientările cercetării științifice medicale românești au în vedere tocmai cunoașterea fenomenelor biologice legate de viața modernă, adaptarea medicinii la cerințele și necesitățile de prevenire, de diagnostic și tratament impuse de noile progrese ale științei și tehnicii actuale. Cercetarea medicală are menirea de a aduce o contribuție sporită la diversificarea și creșterea eficienței medicamentelor, la realizarea de noi agenți terapeutici, în special prin valorificarea resurselor indigene, a plantelor medicinale, a metodelor de tratament ale medicinii tradiționale. Avem încă surse generoase care să contribuie la amplificarea factorilor terapeutici. Cercetătorii vor trebui să acționeze cu mai multă fermitate pentru valorificarea bazinelor și florei indigene bogate în specii medicinale, pentru realizarea de noi medicamente românești de origine vegetală, de noi substanțe farmacologice active.

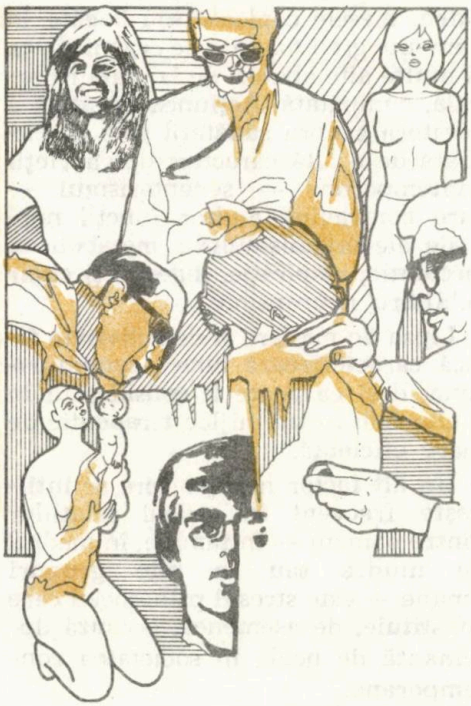
Dezvoltarea, în continuare, a acțiunilor de ocrotire a sănătății pe baza coordonatelor specifice țării noastre ne dă dreptul să considerăm că în drumul pe care-l parcurge în anul 1983, personalul sanitar contribuie la progresul societății, la bunăstarea fizică și mintală a poporului, la ridicarea noii calități a vieții pe întreg teritoriul Republicii Socialiste România.

DR. AUREL GHEORGHIU
DIRECTOR ADJUNCT AL DIRECȚIEI ASISTENȚEI MEDICALE DIN MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

PROFILAXIA LA BAZA OBIECTIVULUI O.M.S.

„sănătate pentru toți în anul 2000"

CONF. DR. MATEI BARNEA



Obiectivului strategic pe termen lung, stabilit de Organizația Mondială a Sănătății la a 34-a Adunare Mondială a Sănătății de la Geneva din anul 1981, nu i se poate contesta nici cutezanța de a asigura pentru toți locuitorii Terrei dreptul la sănătate în contextul unei noi ordini economico-sociale și nici conținutul umanitar, înțelegînd prin aceasta o nouă condiție de viață, bazată pe principii de dreptate și echitate.

A lupta pentru obținerea sănătății întregii lumi reprezintă, desigur, un act altruist, presupunînd totodată și un vast domeniu de acțiune. În prezent, omenirea dispune nu numai de cunoștințele științifice, dar și de posibilitățile materiale necesare realizării scopului propus, cu condiția de a acționa perseverent. Dar ce se înțelege de fapt prin formularea „Sănătate pentru toți în anul 2000 ?" Desigur, nu poate fi vorba de lipsa absolută a bolilor la toți cei aproximativ 9 miliarde de locuitori ai lumii din anul 2000, ci numai de posibilitatea ca aceștia să dispună de condiții pentru a-și apăra sănătatea sau pentru a o redobîndi, în caz de îmbolnăvire. Și pentru ca omenirea să se poată mobiliza în vederea acestui deziderat, este necesar să se înlăture teama unui război și să se instaureze o nouă ordine economică internațională, care să permită gospodărirea bunurilor pămîntului în folosul vieții și al sănătății tuturor oamenilor.

Ideea adoptării obiectivului pe termen lung „Sănătate pentru toți în anul 2000" a fost elaborată pentru prima dată în anul 1978 la Conferința O.M.S. de la Alma-Ata (U.R.S.S.), cu ocazia dezbaterilor privind asigurarea asistenței medicale. Atunci s-au stabilit elementele esențiale privitoare la apărarea și promovarea sănătății, un accent deosebit punîndu-se pe profilaxia primară.

Ca organism mondial specializat, O.M.S. a avut în vedere, în primul rînd, ca pînă în anul 2000 să rezolve problemele legate de recuperarea sănătății celor suferinzi. Dar poate mai importantă pare a fi necesitatea asigurării condițiilor de prevenire a îm-

bolnăvirilor atît pe plan individual, cît şi colectiv.

Pentru atingerea obiectivului urmărit, printre cei 12 indicatori mondiali ai sănătăţii, O.M.S. a mai inclus şi unii indicatori care depăşesc preocupările medicale. Printre cei mai importanţi menţionăm : repartizarea echitabilă a resurselor, asigurarea de apă potabilă la domiciliu sau în apropiere, de alimente care să asigure nutriţia şi dezvoltarea corespunzătoare a copiilor şi, legat de aceasta, reducerea mortalităţii infantile sub 50 la o mie de nou-născuţi, creşterea duratei medii de viaţă, alfabetizarea într-un procent cît mai ridicat şi creşterea produsului naţional brut, care să depăşească 500 de dolari pe locuitor. Trebuie făcută însă menţiunea că aceste niveluri minime stabilite se referă la ţările lumii a treia.

Dar pentru a realiza obiectivele pe termen lung, medicina preventivă se dovedeşte ineficientă fără contribuţia activă a populaţiei, a organismelor economice şi sociale, care să asigure creşterea calităţii vieţii populaţiei în ansamblu.

Numai în acest fel profilaxia poate deveni o pîrghie puternică în realizarea progresului şi bunăstării sociale. Ea situează pe primul plan nu boala, ci sănătatea, a cărei apărare şi întărire se asigură prin condiţii optime de viaţă şi de muncă, prin diminuarea expunerii la riscurile nocive ale agenţilor patogeni fizico-chimici, biologici şi psiho-sociali, precum şi prin apropierea factorilor benefici ai mediului, îndeosebi factorii naturali.

Roadele medicinii preventive sînt confirmate de rezultatele epocale obţinute în ultimele decenii prin reducerea considerabilă a mortalităţii prin boli infectocontagioase şi parazitare ca : tifosul exantematic, ciuma, malaria, febra tifoidă, paralizia infantilă, rujeola, difteria, scarlatina etc. Tot din categoria bolilor infecţioase, demn de menţionat este succesul de importanţă istorică înregistrat în 1977, care constă din eradicarea variolei, cauza unor importante epidemii, care decimau în trecut omenirea pe întinse regiuni ale globului. Astăzi însă, datorită diminuării pînă aproape de lichidare a acestor boli, generaţiile actuale şi viitoare se vor afla la adăpost de marile calamităţi ale trecutului.

Desigur că lupta împotriva bolilor infecţioase în general nu s-a terminat, pentru unele afecţiuni fiind necesare chiar intensificarea şi perfecţionarea metodelor antiepidemice. În prezent însă, pe primul plan au trecut bolile cronice degenerative, boli în care un rol principal revine măsurilor profilactice şi în care comportamentul individual şi stilul de viaţă sînt factori hotărîtori.

Bolile cronice degenerative au drept cauză expunerea organismului pe o durată mai lungă de timp la acţiunea agenţilor nocivi. Dintre aceştia, mai des incriminaţi sînt : fumatul, consumul excesiv de băuturi alcoolice şi cafea, mesele copioase sau bogate în alimente greu tolerate de organism, ca şi multe alte abateri de la viaţa raţională, cumpătată. Acţiunea negativă a acestora asupra sănătăţii este accentuată de o altă caracteristică a vieţii contemporane — sedentarismul — care contravine multor funcţii normale ale organismului : metabolism, circulaţie, respiraţie, digestie şi chiar echilibru neuropsihic.

Lipsa de mişcare şi de activitate fizică caracterizează lumea contemporană, deşi ea poate fi considerată în multe boli ca un mijloc terapeutic de mare eficienţă.

Un alt factor negativ care se întîlneşte frecvent în cadrul relaţiilor dintre oameni — în familie, în mediul de muncă sau în alte grupuri umane — este stresul psihosocial care constituie, de asemenea, o cauză dominantă de boală în societatea contemporană.

O categorie mai mare de agenţi nocivi care acţionează de obicei pe durate mari de timp sînt agenţii po-

luanți : pulberile, gazele, reziduurile lichide și solide, zgomotul, radiațiile etc., generate de extinderea producției industriale, de transporturile mecanizate, de progresul tehnic în general. Acest adevăr a devenit mai clar în ultima vreme, cînd s-a constatat că unele activități tehnologice pot degrada factorii naturali, cu repercusiuni asupra sănătății omului. De aceea, omenirea, constatînd consecințele negative ale revoluției tehnico-științifice, s-a străduit să găsească noi măsuri de asigurare a producției tehnico-industriale, lipsită de poluare. Firește, acest lucru nu poate fi realizat decît cu participarea largă a populației.

Toate aceste categorii de agenți nocivi care stau la baza multor boli caracteristice epocii contemporane apar deci în mediul nostru de viață, acționînd cu consimțămîntul individual și/sau colectiv. De aceea, stă în posibilitățile noastre, ale tuturor, de a evita agenții nocivi din mediu sau, cel puțin, de a le reduce acțiunea — obiectiv major al profilaxiei.

Fără îndoială că cele mai însemnate rezultate în asigurarea propriei sănătăți depind de fiecare dintre noi, de felul cum vom ști să respectăm măsurile de profilaxie. Dar aceste măsuri se cer extinse pe mai multe generații, deoarece numai astfel pot fi prevenite unele boli pe care omul le moștenește de la predecesori ca pe un „destin", alcătuind marea povară a deficiențelor genetice și congenitale.

Pentru a ilustra rolul factorilor de mediu în determinarea patologiei contemporane și, în consecință, importanța profilaxiei, considerăm necesar să ne referim la trei categorii de boli care constituie în prezent principalele cauze de deces.

Bolile cardiovasculare, situate pe primul loc între cauzele de mortalitate, sînt datorate, în principal, alimentației dezechilibrate, stresului, obezității și sedentarismului, la care am putea adăuga și fumatul. Prin excluderea acestor factori de risc, sănătatea aparatului circulator poate fi păstrată pînă la vîrste înaintate. Dealtfel, mijloacele profilactice necesare stau la îndemîna fiecărui individ. Este vorba de : asigurarea unei alimentații rationale, care să nu depășească limitele fiziologice ale cantității și proporției diverselor principii alimentare, adaptate după vîrstă, sex, muncă etc., practicarea de activități fizice în forme variate, diminuarea împrejurărilor generatoare de stres (emoții, tensiuni, supărări etc.) și înlăturarea, pe cît posibil, a obiceiului de a fuma. Se știe că fumatul accelerează bătăile inimii, produce spasme ale arterelor, mai ales ale arterelor mici, adică acelea care au rolul cel mai important în irigarea cu sînge a tuturor țesuturilor, inclusiv a mușchiului cardiac.

Bolile canceroase sînt determinate într-o mare proporție, după aprecierea unor renumiți cercetători, de agenți fizico-chimici ajunși din mediu în organism. După cum se știe, ele pot fi cu greu combătute prin tratament, și aceasta numai dacă sînt depistate într-o fază precoce. În schimb, ele pot fi prevenite printr-o viață și activitate desfășurate în condiții de igienă, prin evitarea introducerii în organism a agenților cancerigeni, prezenți în aer, apă, alimente sau alți factori de mediu. În acest sens, precizăm că factorii de risc cei mai incriminați în producerea bolii sînt : fumatul, poluarea industrială a aerului și apei și folosirea în exces a unor substanțe chimice organice sau sintetice, sub formă de coloranți și conservanți alimentari, pesticide și cosmetice. Dintre substanțele minerale s-au dovedit cancerigeni compușii de arsen, beriliu, cadmiu, crom, nichel, seleniu, precum și pulberile de azbest.

Agenții fizici cancerigeni sînt reprezentați de radiațiile ionizante, rezultate din folosirea necorespunzătoare a aparatelor radiologice și din sursele de energie nucleară, precum și de radiațiile ultraviolete, la care sînt expuse unele persoane. În ultima

vreme s-a confirmat şi rolul cancerigen al unor agenţi biologici, al unor virusuri, cum sînt cele care produc cancerul colului uterin, datorat infecţiei cu un virus herpetic transmis prin contact sexual, similar bolilor venerice ; de asemenea, recunoscuţi a avea un rol important în cancer, mai ales la femei, sînt factorii endocrini, care acţionează de regulă ca agenţi endogeni, avînd un determinism genetic. Uneori ei acţionează şi ca agenţi ai mediului extern, cum se întîmplă în cazul unor tratamente hormonale neadecvate sau excesive sau al consumului îndelungat de substanţe anticoncepţionale. Cunoscînd toate aceste condiţii de apariţie a bolilor tumorale canceroase, prevenirea lor devine practic posibilă, aplicînd măsurile de igienă aflate, în majoritatea cazurilor, la îndemîna individului. Acestę măsuri profilactice trebuie să vizeze multiple planuri şi să fie aplicate pe durate lungi de timp. Astfel, s-a constatat că prin evitarea poluării aerului de către praful şi fumul industrial, de vaporii şi gazele de eşapament, precum şi de particulele emanate de industria chimică, scade cancerul căilor respiratorii şi al altor organe ca : stomac, pancreas, rinichi, vezica urinară, iar printr-o alimentaţie echilibrată, igienică, şi prin evitarea exceselor de băuturi alcoolice scade cancerul organelor digestive şi al ficatului.

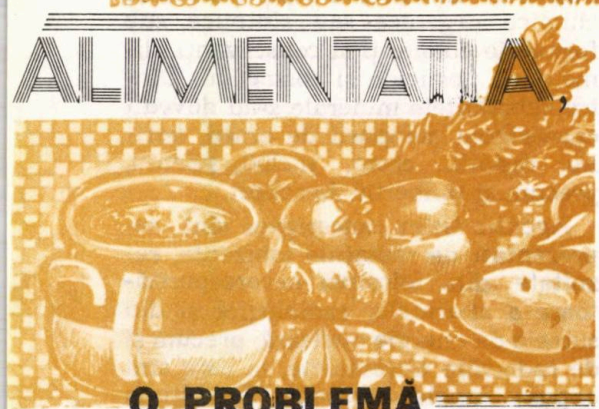
În general, viaţa cumpătată, cu alternarea activităţii şi a odihnei, ca şi viaţa în natură după expunerea la poluanţii existenţi în oraşele mari industriale reprezintă baza profilaxiei tuturor bolilor, inclusiv a celor tumorale.

Bolile respiratorii cronice, provocate îndeosebi prin inhalarea substanţelor iritante din aerul poluat, constituie, de asemenea, o categorie de afecţiuni caracteristice epocii contemporane, afecţiuni ce pot fi prevenite printr-o profilaxie adecvată. Alte condiţii favorizante ale acestor boli, cum ar fi oscilaţiile climatice, pot fi de asemenea evitate sau anihilate printr-o îmbrăcăminte corespunzătoare, precum şi prin călirea organismului prin sport şi viaţă în aer liber.

În concluzie, se poate afirma că profilaxia are un rol precumpănitor în reducerea multor boli, impunîndu-se pentru aceasta un raport corespunzător între organismul uman şi mediul înconjurător.

Prin toate metodele de profilaxie menţionate, dar şi prin asigurarea dreptului la viaţă şi sănătate într-un context mai larg privind instaurarea şi promovarea unei noi ordini economice internaţionale, obiectivul stabilit de O.M.S. pe termen lung „Sănătate pentru toţi în anul 2000" poate fi realizat.

ALIMENTAŢIA, O PROBLEMĂ ACTUALĂ A ÎNTREGII OMENIRI



CONF. DR. **SEBASTIAN DUMITRACHE**
I.M.F. BUCUREŞTI

Alimentele sînt factori ai mediului ambiant care contribuie, în bună măsură, la morbiditatea şi mortalitatea populaţiilor, dacă consumul acestora nu este raţional. Prin substanţele nutritive pe care le conţin, ele aduc materialul energetic, plastic şi catalitic necesar tuturor manifestărilor vitale. Din acest motiv, creşterea şi dezvoltarea, menţinerea unor constante biologice în limite normale, capacitatea de

efort fizic și intelectual, adaptarea la diverse condiții ale mediului ambiant sînt amplu influențate de modul de alimentație. Cînd organismul primește toate substanțele nutritive în cantități optime față de nevoile sale, alimentația este rațională. Orice abatere de la acest principiu fundamental constituie o greșeală nutrițională și, ca o consecință, starea de sănătate este subminată, iar în formele mai grave se instalează așa-zisele „maladii de nutriție" sau „distrofii". Dacă unele se datoresc subalimentației (slăbirea, distrofia protein-calorică, anemiile nutriționale, gușa endemică, hipovitaminozele, din care menționăm scorbutul, beri-beri, rahitismul, pelagra etc.), altele sînt efectul abuzului sau dezechilibrelor alimentare (obezitatea, dislipidemiile, ateromatoza și complicațiile sale cardiovasculare, diabetul, guta, unele hepatite cronice, litiaza biliară și renală etc.).

Recunoașterea rolului important al alimentației în promovarea stării de sănătate, precum și reflectarea nefavorabilă în morbiditatea generală a greșelilor alimentare, explică interesul crescînd pe care îl acordă acestor probleme atît cercurile medicale, cît și cele economice și politice din multe state și organisme internaționale. Se încearcă realizarea unui consum rațional, ținîndu-se seama de nevoile fiziologice ale populației și de resursele alimentare ale diverselor țări.

În cadrul Organizației pentru Alimentație și Agricultură (F.A.O.), al Organizației Mondiale a Sănătății (O.M.S.), și al altor organisme și instituții internaționale, diverse comitete de specialiști au elaborat programe cu caracter de recomandări pentru țările membre.

În multe țări socialiste, capitaliste sau de curînd eliberate de sub dominația colonială, s-au elaborat și se elaborează norme orientative de consum alimentar, în care sînt luate în considerare nevoile fiziologice raționale. Ele vizează însă numai unele aspecte ale problemei și sînt puse în circulație sub formă de publicații.

Programul de alimentație rațională elaborat recent în țara noastră din inițiativa tovarășului Nicolae Ceaușescu prezintă însă meritul de a aborda în mod complex

această problemă, evidențiind necesitățile nutritive ale populației, stabilite pe criterii științifice, precum și căile, modalitățile și instituțiile implicate în realizarea sa. El ține seama, în același timp, de obiceiurile și tradițiile alimentare ale populației, de capacitatea actuală și în perspectivă a producției agricole și zootehnice, de dezvoltarea și gradul de tehnicizare a industriei alimentare, a rețelei comerciale etc.

La alcătuirea programului s-a pornit de la stabilirea nevoilor nutritive fiziologice ale populației, ținîndu-se seama de vîrstă, sex, natura și intensitatea activității. Aceste necesități au fost exprimate în calorii și substanțe nutritive (proteine, lipide, glucide, elemente minerale și vitamine) pe grupe de alimente. S-a urmărit realizarea unui echilibru între produsele de origine animală (carne, pește, lapte, ouă, grăsimi și produsele obținute din ele) și cele de origine vegetală (produse din cereale, legume, leguminoase uscate, cartofi, fructe, uleiuri vegetale, zahăr). Acest echilibru se cere a fi păstrat, deoarece nu există alimente perfecte, care să conțină, în cantități adecvate, toate substanțele nutritive de care are nevoie organismul uman. Fiecare grupă de alimente se caracterizează prin prezența unor factori nutritivi, dar și prin insuficiența sau absența altora. O alimentație monotonă, bazată numai pe o anumită categorie de produse alimentare,

chiar dintre cele considerate valoroase, va fi nerațională și va predispune la dezechilibre alimentare.

Necesitatea de a interveni în alimentația populației pentru a o dirija și pentru a forma un comportament alimentar corect este tot atît de actuală pentru țările sărace, ca și pentru cele dezvoltate. Bunăstarea economică a contribuit la eradicarea multor boli cauzate de carențe alimentare, dar a generat în schimb condiții favorabile apariției altor greșeli alimentare care subminează sănătatea.

În ultimul secol și mai ales în ultimele decenii, grupe din ce în ce mai mari de populație și-au schimbat profund modul de alimentație. Produsele industrializate, rafinate, concentrate, supratratate termic, conservate ocupă, cu fiecare zi, tot mai mult loc în meniurile omului modern. Deprinderile alimentare familiale, locale sau regionale, păstrate și transmise din generație în generație, sînt astăzi părăsite și schimbate rapid cu alte obiceiuri, care nu au timp să se fixeze și să se consolideze. Se zdruncină astfel echilibrul realizat între funcțiile digestiv-metabolice ale organismului, natura produselor alimentare consumate și modul lor de preparare. Se poate vorbi de o criză de adaptare și în domeniul alimentației. Omul nu poate să țină pasul, în adaptarea sa biologică, cu ritmul alert în care se modifică structura alimentației.

În acest sens, considerăm necesar să arătăm că în multimilenara sa istorie, omul a folosit amidonul ca principală sursă de glucide. În funcție de specificul regional, acest polizaharid se obținea din cereale, leguminoase uscate, tuberculi sau fructe bogate în amidon. Tubul digestiv (lungimea, activitatea secretorie etc.) s-a adaptat acestui tip de glucid. Monozaharidele (glucoza, fructoza) și dizaharidele (zaharoza, maltoza etc.) se consumau în cantități mici și discontinuu, sub formă de fructe dulci și miere. Începînd cu secolul al XIX-lea, odată cu obținerea industrială a zahărului ca aliment ieftin și de larg consum, el a înlocuit din ce în ce mai mult amidonul. Astăzi, în multe țări se consumă peste 20—30 kg/locuitor/an. Spre deosebire de polizaharid însă, zaharoza se scindează ușor în cele două componente (glucoză și fructoză) și se resoarbe mult mai repede, producînd hiperglicemii postprandiale, de amplitudini mai mari și de mai scurtă durată decît cele induse de amidon. Pentru restabilirea echilibrului glicemiei, pancreasul este obligat să secrete mai multă insulină decît în mod obișnuit, ceea ce va duce cu timpul la epuizarea acestuia și la instalarea diabetului zaharat, boală cu o prevalență în continuă creștere. În plus, zahărul este un aliment complet lipsit de proteine, lipide, vitamine și elemente minerale, capabil să producă un dezechilibru alimentar, dacă este folosit în cantități mari și în locul altor produse.

Pentru om și pentru alte viețuitoare omnivore și vegetariene, principalul stimulent fiziologic al peristaltismului tubului digestiv este reprezentat de celuloză și de alte glucide nedigerabile, numite generic „material fibros". Or, preferințele alimentare ale omului modern cu nivel de viață crescut se îndreaptă către produse animaliere, lipsite de material fibros, și către produse vegetale rafinate (preparate din făină albă, zahăr și produse zaharoase), la care materialul celulozic a fost îndepărtat. Drept consecință, tranzitul intestinal se încetinește, instalîndu-se constipația, cu urmările ei (colite, resorbții de substanțe nocive prin degradarea avansată a reziduului fecaloid, diverticuloză, hemoroizi, cancer de colon).

O caracteristică a vieții moderne, cu perspective de accentuare în viitor, este reprezentată de sedentarism. Pentru a respecta unul din principiile de bază ale alimentației raționale, sedentarul trebuie să reducă aportul de substanțe nutritive furnizoare de energie (glucide, lipide și proteine) la nivelul trebuințelor sale reale. De foarte multe ori acest deziderat nu este respectat ; cu greu se renunță la plăcerea de a minca. În acest caz, surplusul de energie necheltuită se tezaurizează sub formă de grăsime, instalîndu-se obezitatea, cu complicațiile ei.

Supraalimentația este un comportament nerațional atît din punct de vedere fiziologic-nutrițional, cît și economic, social, moral și umanitar. Această constatare este valabilă și atunci cînd hiperconsumul se realizează pe seama produselor de origine animală. Dezavantajele nutriționale ale abuzului nejustificat de produse animale sînt determinate, în principal, de valoarea crescută a multor preparate, de aportul de grăsimi și colesterol cu efecte dislipidemiante și aterosclerozante, de supraîncărcarea organismului cu cataboliții proteinelor și nucleoproteinelor (uree, acid uric, alți compuși azotați nocivi).

De asemenea, trebuie avut în vedere faptul că în lanțul trofic alimentar din natură, convertirea produselor vegetale în produse animale se face cu un randament scăzut. Din 4—6 unități de proteine vegetale se obține numai o unitate de proteine animale. Hrănirea unui individ cu regim vegetarian necesită 0,09 ha teren, în timp ce pentru un individ cu un regim în care predomină produsele animale este nevoie de o suprafață de 0,60 ha.

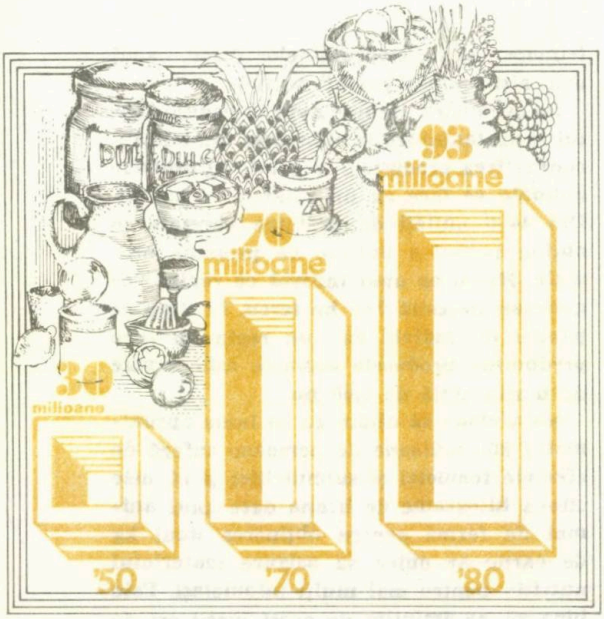
Nu trebuie să uităm că în lume aproximativ 800 milioane de persoane suferă de efectele foametei și subnutriției și că cele cîteva kilograme de hrană date unui animal de fermă pentru obținerea unui kg de carne ar putea sa asigure materialul nutritiv pentru mai mulți înfometați. Este bine să ne amintim de acest lucru ori de cîte ori în fața unei mese îmbelșugate sîntem tentați să consumăm mai mult decît trebuie. A păstra cumpătarea în alimentație înseamnă nu numai grijă pentru propria sănătate, ci și o atitudine umanitară, de solidaritate cu toți locuitorii acestei planete.

nocivitatea excesului de ZAHĂR în alimentație

CONF. DR. C. DUMITRESCU
CLINICA DE NUTRIȚIE ȘI BOLI METABOLICE
SPITALUL „DR. I. CANTACUZINO"

Potrivit cercetărilor clinice, statistice și epidemiologice din ultimele decenii, consumul excesiv de zahăr și de derivate ale acestuia este tot mai mult implicat în apariția unor afecțiuni cu consecințe grave, afecțiuni ce domină patologia omului contemporan : obezitatea, bolile cardiovasculare, diabetul zaharat, cariile dentare.

Este unanim recunoscut că în ultimii 150 de ani consumul de zahăr a crescut rapid. Dealtfel, o cercetare recentă menționează că zahărul rafinat, unicul produs chimic pur consumat în mari cantități ca aliment, a cunoscut o vertiginoasă ascensiune. La sfîrșitul secolului al XVIII-lea, producția mondială era de cîteva zeci de mii de tone, pentru ca în 1900 să crească la 8 milioane de tone, în 1950 la 30 de milioane, în 1970 la 70 de milioane, iar în 1980 la 93 de milioane. În prezent, consu-



mul anual de zahăr în țările industrializate oscilează între *30 și 50 de kilograme de persoană !*

Și la noi în țară, consumul de zahăr și de produse zaharoase pe cap de locuitor a sporit progresiv : de la 6,9 kg în 1950 la 15 kg în 1965, 20,3 kg în 1975 și 28,3 kg în 1980.

În aprecierea pe care o facem asupra consumului global de zahăr, trebuie să considerăm și cantitățile „mascate", deloc neglijabile și mai greu de determinat, deoarece în alimentația modernă zahărul este omniprezent. Îl întîlnim în produsele de cofetărie, siropuri, băuturi alcoolice îndulcite, în alimentele destinate sugarilor și copiilor mici, în sucurile de fructe, în băuturile răcoritoare, în pepsi-cola, în apele „tonice" etc.

Așa stînd lucrurile, nu este greu de presupus ce se întîmplă cu organismul uman „asaltat" de excesul de zaharuri, pentru care nu a fost pregătit în decursul evoluției sale și pentru metabolizarea căruia nu are un echipament enzimatic suficient de adaptat cantitativ și calitativ. Și aceasta, cu atît mai mult în contextul unei vieți stresante, al unor solicitări psihice mari și al unor eforturi fizice scăzute, al prezenței concomitente a altor adversari binecunoscuți ai sănătății, cum sînt : fumatul, consumul excesiv de cafea și alcool, masa unică pe zi, consumul sporit de grăsimi în cadrul unei rații global crescute față de nevoile energetice reale zilnice.

Cînd aportul de glucoză este crescut brusc, cum se întîmplă în cazul consumului excesiv de zahăr sau de dulciuri, secreția de insulină este mult sporită, avînd ca efect scăderea glucozei circulante sub nivelul normal, fapt ce provoacă hipoglicemia. Această scădere a zahărului din sînge se însoțește de unele simptome neplăcute, cum sînt : palpitații, transpirații, foame intensă, stare de agitație sau oboseală, tulburări de atenție și de memorie, mișcări necoordonate etc. Cel mai adesea, persoanele aflate în stare hipoglicemică simt nevoia de a mînca dulciuri și ies din această stare după consumarea unei anumite cantități de zahăr sau produse zaharoase. Este ușor de presupus că acest stimul suplimentar determină o nouă creștere a secreției de insulină, cu reapariția simptomelor de hipoglicemie după un anumit interval de timp. Se instalează astfel un cerc vicios, care are drept consecință scăderea capacității de efort fizic și intelectual, cîștigul în greutate și, în final, tulburări psihice de intensități variate.

Dar consecințele negative ale creșterii secreției de insulină sînt și mai mari. Aceasta nu numai că transformă mai rapid glucidele în grăsime, dar provoacă hipoglicemii între mese, obligînd organismul să fabrice glucoză (gluconeogeneză) din proteine. În acest mod, organismul sacrifică cantități mari de proteine în fiecare zi, mai ales noaptea, pentru a produce glucoză. Instalarea acestui proces de uzură declanșat de ingestia excesivă de glucide și de creșterea secreției de insulină este accentuat de inducerea secreției de cortizol, și ea crescută.

Stimularea repetată și prelungită în timp a secreției de insulină ca urmare a consumului excesiv de zahăr poate duce la epuizarea treptată a celulelor pancreatice, producătoare de insulină, instalîndu-se diabetul zaharat. Așadar, din cele expuse, rezultă că zahărul consumat în exces este implicat și în apariția diabetului zaharat, boală cu frecvență crescîndă în întreaga lume. Încă din 1923, celebrul cercetător canadian Banting scria : „În Statele Unite, frecvența cazurilor de diabet zaharat a crescut direct proporțional cu consumul de zahăr pe cap de locuitor". Această posibilitate se amplifică și mai mult în cazul coexistenței unei predispoziții genetice. Dar, după cum am putut constata, calea către apariția diabetului este favorizată de consumul exagerat de zahăr, atît direct, prin epuizarea în timp a pancreasului insulinosecretor, cît și indirect, prin favorizarea apariției obezității care, la rîndul ei, duce la diabet. În acest sens, menționăm faptul că 80% din cazurile de diabet apărute la maturitate (peste vîrsta de 40 de ani) se întîlnesc la actuali sau foști obezi.

Consumul excesiv de zahăr și creșterea consecutivă a secreției de insulină induc sporirea grăsimilor plasmatice, implicate în mecanismul aterosclerozei. Nu este de mi-

rare că paralel cu creşterea consumului de zahăr a crescut şi frecvenţa infarctului miocardic, stabilindu-se o relaţie directă de la cauză la efect. Tot din acest motiv, astăzi infarctul se întîlneşte frecvent sub vîrsta de 40 de ani, fapt semnalat excepţional cu decenii în urmă. Într-adevăr, în ultimele decenii s-au semnalat tot mai multe cazuri de obezitate şi dislipemii, afecţiuni direct implicate în apariţia aterosclerozei şi a cardiopatiei ischemice. Ambele afecţiuni au la bază, în primul rînd, consumul excesiv de glucide rafinate şi de grăsimi saturate (grăsimi animale).

O altă consecinţă negativă, legată direct de consumul de zahăr, este apariţia cariilor dentare. Caria dentară este considerată în prezent cea mai răspîndită boală, mai ales în ţările industrializate şi cu un nivel de viaţă ridicat. O anchetă a Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii a arătat că în ţările cele mai dezvoltate, 30% din copiii cu vîrsta sub trei ani, 50% din cei care au împlinit 5 ani şi 95% din adulţi sînt purtători de carii dentare ! Cercetările specialiştilor au arătat că frecvenţa crescută a cariei dentare este legată atît de consumul de zahăr, cît şi de diminuarea fluorului din apa potabilă.

Chiar şi în ţările slab dezvoltate sau în curs de dezvoltare, prezenţa cariei dentare este crescută acolo unde consumul de zahăr este ridicat în comparaţie cu unele ţări din Extremul Orient, unde cariile constituie o raritate şi unde consumul anual de zahăr este foarte redus.

Dar consumul exagerat de glucide şi în special de zahăr şi derivate ale acestuia are efecte nocive şi asupra dezvoltării şi sănătăţii copiilor, favorizînd instalarea obezităţii, cu toate consecinţele acesteia. Dealtfel, se ştie că înmulţirea celulelor adipoase (grase) rămîn definitive pentru tot restul vieţii. Aceasta este obezitatea hiperplazică, mult mai greu de tratat decît obezitatea adultului. Din acest motiv se impune atît copiilor, cît şi adulţilor un program de alimentaţie raţională, fără excese, şi un control periodic al greutăţii corporale, care trebuie să se menţină la valorile pe care le indică standardele pentru sex, vîrstă şi talia respectivă. În cazul depăşirii greutăţii cu peste 15—20%, se vor lua măsuri de restrîngere a alimentaţiei şi se va institui un program de activitate fizică zilnic (marş, gimnastică, canotaj, înot, tenis etc.).

Dezechilibrul alimentar indus de zahărul consumat în exces provine şi din faptul că, deşi important sub raport energetic, deoarece aduce 4 calorii pe gram, aceste calorii sînt „goale" sau „nude" sub raport nutritiv. Procesele de rafinare a zahărului favorizează creşterea „densităţii energetice" a acestuia în detrimentul „densităţii nutritive", prin faptul că sînt distruşi unii factori nutritivi esenţiali, cum sînt : oligoelementele, substanţele minerale, vitamina B_1. Procesele tehnologice de concentrare a zaharozei duc la îndepărtarea fibrelor alimentare, compuşi celulozici nedigerabili, care asigură reglarea tranzitului intestinal.

Pentru a înţelege mai bine acest lucru, facem menţiunea că o lingură plină cu zahăr tos conţine 35 g, adică 140 de calorii şi aceeaşi valoare energetică rezultă din 180 g cartofi sau 350 g fructe sau din 700 g legume proaspete ! Apare clar că pe lîngă un aport substanţial de vitamine şi substanţe minerale, aceste „echivalenţe" ale zahărului satisfac totodată şi nevoia de fibre alimentare. Zahărul, cu aport caloric mare într-un volum mic, nu numai că nu produce starea de saţietate, dar absorbindu-se rapid declanşează secreţia pancreatică de insulină, hipoglicemia cu senzaţia de foame consecutivă, creşterea grăsimilor de rezervă şi instalarea obezităţii.

Din cele prezentate, rezultă rolul nociv al glucidelor şi mai ales al zahărului şi al derivatelor acestuia, consumate în mod abuziv. Cu toate acestea, nu putem nega rolul energetic al glucidelor, faptul că ele sînt relativ uşor de obţinut, sînt mai ieftine decît celelalte principii alimentare şi aduc cantităţi importante şi substanţiale de vitamine şi minerale, precum şi cantităţi mici dar valoroase de proteine.

Folosirea glucidelor ca sursă de energie în alimentaţia zilnică scade nevoia de grăsimi din raţie şi economiseşte proteinele cu rol plastic, regenerator.

Pentru a-şi îndeplini toate funcţiile nutritive amintite, glucidele din raţie trebuie consumate în special sub formă de legume (15%), fructe (5%) şi cereale (70%) şi numai o mică proporţie, de 8—10% din valoarea calorică a raţiei, sub formă de zahăr sau derivate ale acestuia. Astfel, pentru un adult în activitate, din cele 3 000 de calorii necesare zilnic, 1800 trebuie acoperite de glucide, şi din acestea numai 180 de calorii

din zahăr, ceea ce revine 45 g zahăr zilnic, totalizînd un consum anual de 16,5 kg.

În cele prezentate am arătat că un consum de zahăr în exces este nociv în egală măsură : atît pentru adulți, cît și pentru copii. Pentru aceștia din urmă trebuie făcută o mențiune specială, deoarece consumul exagerat și, mai ales, anarhic de dulciuri este foarte adesea cauza lipsei apetitului și a unor tulburări în dezvoltare. Copiilor li se recomandă un dulce la masă, dar sub o formă care să permită consumarea rapidă (nu bomboane, jeleuri, caramele) și nicidecum nu se vor da dulciuri între mese, deoarece prin aportul de lichid pe care-l aduc în stomac diluează sucurile digestive, scad pofta de mîncare, iar apetitul devine capricios, instabil. Cele mai multe dificultăți în alimentația copilului provin din nerespectarea orarului meselor, pentru care secrețiile digestive sînt foarte bine condiționate, precum și din abuzul de dulciuri consumate mai ales între mese.

Pentru prevenirea cariilor dentare la copii, experiențe multiple au arătat că nu este suficient spălatul pe dinți dimineața și seara dacă nu se iau măsuri de limitare a consumului de dulciuri. Dar tot atît de important pentru igiena bucală și prevenirea cariilor este și consumul de legume, fructe și pîine integrală sau intermediară, alimente cu textură fibroasă, care stimulează secreția de salivă și curăță dinții în mod mecanic, aducînd și o cantitate de vitamine și săruri minerale atît de necesare organismului.

ANUL INTERNAȚIONAL AL PERSOANELOR DE VÎRSTA A 3-A

să redăm viață bătrîneții!

MIRCEA DUMITRU
DOCTOR ÎN GERONTOLOGIE

Anul 1982 reprezintă un an de excepție pe plan internațional și național pentru problematica complexă pe care o ridică cea de a treia vîrstă.

Organizația Mondială a Sănătății și Organizația Națiunilor Unite și-au propus pentru Ziua Mondială a Sănătății din anul 1982, care coincide și cu Ziua Sănătății din țara noastră, o generoasă temă : „Să redăm viață bătrîneții !".

Între 25 iulie și 6 august 1982 s-a desfășurat la Viena o sesiune specială consacrată problemelor îmbătrînirii, care pe baza unor aprofundate studii a făcut recomandări de măsuri guvernelor și popoarelor lumii pentru protecția persoanelor vîrstnice.

Aceste acțiuni fără precedent sînt urmarea mutațiilor în structura demografică a populației, în poziția vîrstnicului din unele țări industrializate și a unei metamorfoze a ultimilor ani în atitudinea față de vîrstnici.

În țara noastră, anul 1982 este un an bogat în inițiative referitoare la problematica bătrîneții. Ministerul Sănătății a adoptat un plan național de manifestări științifice, cuprinzînd toate unitățile de cercetare, învățămînt și asistență medicală, plan menit să ia în discuție rezultatele și perspectivele acestui domeniu, pe măsura tradiției și a poziției internaționale actuale a gerontologiei și geriatriei românești. În acest context s-a înscris și cea de a XXX-a aniversare de la înființarea Institutului de geriatrie din România.

Sub raport biologic, clinic, medico-psihosocial, este impresionant volumul de cunoştinţe acumulate în ultimii 20—30 de ani referitoare la vîrsta a treia. Astăzi se ştie că bătrîneţea nu este o boală, aşa cum era considerată în prima jumătate a secolului XX ; ea reprezintă un cumul de procese normale, fiziologice. Bătrîneţea este o etapă a vieţii, de mare complexitate medicală şi, în acelaşi timp, medico-socială.

Bătrîneţea era şi mai este încă frecvent asociată cu singurătatea şi polimorbiditatea, cu dificultatea de îngrijire individuală, cu renunţarea la orice activitate. Ea era echivalată — în special în ţările industrializate — cu excluderea totală din activitatea socială, cu dezinserţia din viaţa activă, iar bătrînul era izolat, părăsit şi lăsat să se îndrepte sigur şi repede spre partea finală a vieţii. Astăzi, dimpotrivă, bătrîneţea este concepută ca o viaţă lungă, activă şi plină de sănătate, iar eforturile care se fac pentru a dobîndi aceasta au în vedere nu numai aspecte cantitative, de creştere a numărului de ani, ci, mai ales, calitatea acestor ani. Vîrstnicii sînt capabili de activităţi utile pentru ei înşişi şi pentru alţii, pot să-şi valorifice creativitatea. Ei sînt tezaur de înţelepciune şi păstrători de istorie. „Păstrătorii devin în istorie, prin vocaţia, prin caracterul şi prin inspirata lor alegere, la fel de importanţi ca şi descoperitorii".

În acest sens gîndesc astăzi gerontologii şi acţionează şcoala de gerontologie din ţara noastră, una din cele mai reputate din lume prin iniţiativele ei creatoare şi prin rezultatele obţinute. Şi cu siguranţă că şcoala românească de gerontologie şi geriatrie a avut un rol determinant în orientarea internaţională actuală.

SĂ ÎMBĂTRÎNIM SĂNĂTOŞI

O stare bună de sănătate pe parcursul întregii vieţi determină o bătrîneţe satisfăcătoare ; sănătatea vîrstei a treia este în bună parte opera modului de viaţă adoptat pe parcursul celorlalte vîrste : tinereţea şi maturitatea. Dealtfel, nu este nici o exagerare dacă am afirma că începem să îmbătrînim încă de cînd ne naştem. Dar nu toate persoanele îmbătrînesc în acelaşi ritm.

Cercetările efectuate în vederea descifrării proceselor intime ale îmbătrînirii care au loc la nivel celular au pus în evidenţă o multitudine de factori. Unul dintre aceştia îl reprezintă moştenirea genetică. Dar nu numai atît. În cursul vieţii sîntem permanent expuşi agenţilor patologici şi factorilor de mediu ambiant, care pot influenţa ritmul îmbătrînirii. Pe măsura înaintării în vîrstă, noxele patologice influenţează organismul cu o frecvenţă şi intensitate crescute, ceea ce implică instituirea unor măsuri de profilaxie. Pentru vîrstnici, trebuie să avem în vedere nu numai incidenţa, dar şi prevalenţa crescută a proceselor tumorale, riscul accidentelor, particularităţile morfofuncţionale ale vîrstei, cu dificultăţi de adaptabilitate şi psihologice, cu tendinţe la izolare. Sistemele actuale prin care se asigură sănătatea vîrstnicilor sînt axate pe unităţi instituţionalizate : spitale de geriatrie, spitale de zi, cămine-spital. Pentru viitor, se preconizează să se asigure îngrijirea vîrstnicilor în propriul cămin.

Dar orientarea de bază în pregătirea senectuţii şi în protecţia sanitară a vîrstnicilor o constituie profilaxia gerontologică. Ea urmăreşte să întîrzie apariţia fenomenelor de îmbătrînire şi, în acest sens, şcoala românească de gerontologie cunoaşte o tradiţie prin măsurile complexe igieno-sanitare şi, mai ales, prin aplicarea tratamentului cu substanţe biotrofice ca Gerovital şi Aslavital.

Este ştiut că ignorarea cerinţelor igienice şi comportamentale, abuzurile de tot felul, stau la baza îmbătrînirii precoce, a diminuării capacităţii fizice şi psihice. De aceea, conceptul de profilaxie gerontologică vizează, în primul rînd, medicina omului sănătos. Medicul anilor '80 şi al deceniilor viitoare va trebui să-şi însuşească metodologia îngrijirii omului sănătos şi a menţinerii stării de sănătate fizică şi mintală. Însuşirea disciplinei de geriatrie şi gerontologie este un imperativ pentru anii care urmează. Vor fi necesare măsuri de identificare şi evaluare a factorilor de risc ai proceselor de îmbătrînire, legaţi de bolile cronice degenerative, de factorii mediului ambiental, de comportamentul şi igiena individuală, de modul de nutriţie, de grija pentru aparatul cardiovascular. Prevenirea şi combaterea acestor factori se realizează printr-o conduită alimentară, prin activitate fizică, prin eliminarea noxelor din mediile poluate cu diverse produse toxice, cu reziduuri şi impurităţi, precum şi printr-o viaţă activă şi o muncă disciplinată.

CODUL BĂTRÎNEŢII ACTIVE

Unul din obiectivele gerontologiei şi geriatriei este prelungirea perioadei active a vieţii şi realizarea unei bătrîneţi utile şi demne. Acest fapt implică un *cod* de acţiuni medicale şi medico-sociale. Astfel, pentru menţinerea stării de sănătate au fost introduse consultaţii gerontologice profilactice, care urmăresc :

— întîrzierea procesului normal de îmbătrînire şi menţinerea lui în limite fiziologice ;

— prevenirea bolilor cronice. Acestea pot imprima un ritm precoce şi accelerat proceselor de îmbătrînire.

ANUL INTERNAŢIONAL AL PERSOANELOR DE VÎRSTĂ

Cu ocazia consultației profilactice, medicul gerontolog va individualiza elementele componente ale codului geriatric, care include : modalitățile de menținere a stării de sănătate, o disciplină a muncii, un anumit ritm de muncă și odihnă, alegerea și exercitarea unei profesii care să ofere satisfacții, folosirea activă a timpului liber, evitarea noxelor și tratamentul cu produse Aslan. Munca, în general, mișcarea fizică și alimentația rațională au un rol major în prelungirea vieții. Omul activ — fizic și intelectual — nu are timp să îmbătrînească. Mișcarea fizică adaptată particularităților morfofuncționale ale individului permite menținerea vigorii organismului, prin utilizarea optimă a rezervelor funcționale. Menținerea greutății corporale, printr-o alimentație echilibrată în principii alimentare, iată una din cheile bătrîneții active și sănătoase.

BĂTRÎNEȚE ACTIVĂ

Se poate afirma că în prezent există o știință a îmbătrînirii, care cuprinde reguli, principii, cerințe. În situația unei stări de sănătate mulțumitoare, continuarea unei activități adaptate fiecărei persoane la această vîrstă este o cerință. Bătrînii simt nevoia să desfășoare o activitate utilă societății, să-și manifeste personalitatea, să obțină satisfacții morale.

Departe de a fi numai un consumator, vîrstnicul, în limita capacităților sale morfofuncționale, poate desfășura cele mai diverse activități. Creativitatea este frecvent asociată vîrstelor avansate. Lucrări nemuritoare sînt apanajul acestor vîrste. Dealtfel, istoria consemnează personalități, în toate domeniile, care s-au bucurat de o viață îndelungată și activă.

Sub raport uman, etic și moral, vîrstnicul reprezintă un tezaur de înțelepciune, iar prin prezența și experiența lor, societatea nu poate decît să beneficieze.

1982 reprezintă anul de evaluare a cercetărilor științifice de gerontologie, precum și a măsurilor de protecție sanitară a persoanelor vîrstnice.

Optimizarea formelor și metodelor de asistență geriatrică este o cerință a deceniilor următoare. Se prefigurează dezvoltarea sistemului de asistență geriatrică în ambulatoriu și la domiciliu, perfecționarea metodelor de diagnostic gerontologic, diversificarea metodelor de tratament geriatric (fizioterapie, recuperator, medicamentos-eutrofic, terapie intensivă).

Anul internațional al vîrstnicului constituie un prilej de a pune în evidență tot ce s-a realizat și trebuie să realizăm în medicina geriatrică, pentru cei care au fost, sînt și vom fi vîrstnici.

INIMA la cea de a 3-a vîrstă

DR. N. CRĂNGULESCU
CLINICA MEDICALĂ,
SPITALUL „COLȚEA", BUCUREȘTI

Medicina contemporană se confruntă astăzi nu numai cu explozia demografică, dar și cu o creștere a numărului persoanelor care depășesc vîrsta de 60—65 de ani. Prelungirea duratei vieții și în special a celei active constituie un obiectiv important al ocrotirii sănătății.

Vîrsta, cu multiplele sale implicații de ordin medical și social, preocupă atît pe medicii de diferite specialități, cît și pe sociologi, economiști, psihologi, oameni de diverse profesiuni.

Vîrsta a treia, cum este denumită bătrînețea, se caracterizează printr-un proces de uzură biologică normal, natural și ireversibil. Astăzi, bătrînețea nu mai este considerată o boală.

Procesul de îmbătrînire are însă un pronunțat caracter individual, un anumit ritm de desfășurare, legat atît de zestrea genetică, cît și de influența factorilor ecologici și patologici. Practica medicală a dovedit că îmbătrînirea fiziologică este o excepție, cea patologică este regula. Modificările involutive de vîrstă, la care se adaugă influența factorilor de mediu extern și consecințele stărilor patologice, pot face ca un adult să fie bătrîn sau un bătrîn să fie tînăr. Dar în afara factorilor implicați, se pare că procesul de îmbătrînire este rezultanta unor fenomene de o mai mare com-

plexitate și diversitate. În ciuda numeroaselor cercetări, esența procesului rămîne însă necunoscută în stadiul actual al cunoștințelor noastre.

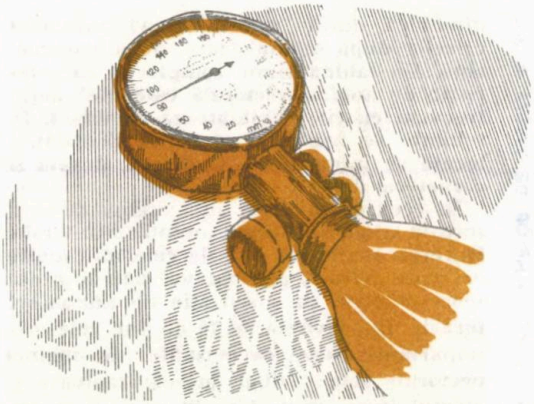
În prezent, se disting următoarele etape gerontologice : 45—59 de ani, perioada de tranziție ; 60—75 de ani, perioada omului vîrstnic ; 76—89 de ani, perioada omului bătrîn ; peste 90 de ani, longevitatea.

În ceea ce privește patologia vîrstei înaintate, trebuie spus că ea ridică numeroase probleme de asistență medicală, în cadrul căreia grija pentru aparatul cardiovascular deține un rol esențial în prelungirea duratei de viață.

Nu odată am putut remarca în practica medicală că la persoanele care au depășit vîrsta de 70 de ani, comparativ cu celelalte organe, inima este organul cel mai sănătos, fără modificări miocardice sau coronariene evidente și cu o bună funcționalitate. Fără îndoială că inima celui care îmbătrînește poartă nu numai stigmatele procesului de involuție, dar adesea și sechelele agresiunilor patologice survenite pe parcursul vieții. Ea suferă modificări anatomice de involuție, cum sînt cele ale structurilor componente și de formă, precum și modificări fiziologice ca, de exemplu, dificultatea și scăderea posibilităților de adaptare la efort. Vasele coronariene suferă și ele modificări de traiect, devin mai îndurate, sclerozate, uneori cu plăci de aterom și stenoză a orificiilor. Toate acestea contribuie la tulburarea contractibilității miocardice, a funcției de pompare, produsă în prezența aterosclerozei. Numai un examen clinic minuțios reprezintă pentru persoanele vîrstnice elementul hotărîtor în aprecierea capacității funcționale a aparatului cardiovascular și în diferențierea elementelor procesului involutiv de stările patologice, adesea intricate.

Bătrînii pot prezenta boli cardiovasculare cîștigate în tinerețe sau la vîrsta mijlocie critică, pe care, prin diferite mecanisme compensatorii, le-au suportat. Dintre acestea menționăm : bolile cardiace determinate de afecțiuni reumatice, endocrino-vasculare, insuficiența pulmonaro-cardiacă și, în măsură mai mică, bolile congenitale, sifilisul cardiovascular, endocardita bacteriană subacută. Există însă boli cardiovasculare care încep să se manifeste clinic în perioada vîrstei a treia și care prezintă o notă particulară, caracteristică. Locul central în patologia cardiovasculară a bătrînului îl ocupă ateroscleroza, boala cu cea mai mare incidență și implicații clinice după vîrsta de 70 de ani.

Or, cardiopatia ischemică este forma clinică cea mai frecventă de manifestare a aterosclerozei și deține locul principal în-



tre cauzele de deces la această vîrstă. Și evoluția altor boli ca : hipertensiunea arterială, obezitatea, diabetul zaharat, guta, precum și alte tulburări de metabolism se corelează cu o frecvență crescută a aterosclerozei. Dar ateroscleroza nu este o boală specifică vîrstei înaintate. Începuturile ei trebuie căutate cu mult înainte, în zestrea ereditară și începutul copilăriei, dar devine starea morbidă cea mai frecventă la bătrînețe. De aceea, depistarea și combaterea factorilor de risc ai aterosclerozei trebuie să înceapă încă din copilărie, pentru a preîntîmpina sau cel puțin pentru a întîrzia cît mai mult apariția acestui proces.

Insuficiența coronariană la bătrîni sau cardiopatia ischemică coronariană poate îmbrăca atît o formă acută, cît și una cronică. Simptomul cel mai important de care depinde diagnosticul sau uneori chiar viața bolnavului este durerea cardiacă.

Atragem atenția că, la bătrîni, pot fi prezente și forme clinice de cardiopatie ischemică înșelătoare, intricate, asimptomatice, ceea ce constituie o dificultate în precizarea diagnosticului. Nu odată, tabloul clinic de cardiopatie ischemică poate fi mascat de alte afecțiuni asociate ca : pneumonii, bronhopneumonii, accidente vasculare cerebrale, afecțiuni abdominale variate, boala tromboembolică, endocardita bacteriană subacută etc. De aceea, la persoanele vîrstnice, electrocardiograma rămîne una dintre cele mai importante metode de diagnostic, ce se cere efectuată în mod obligatoriu.

Dintre formele acute, infarctul miocardic și angina pectorală ne reținem în mod deosebit atenția, prin particularitățile lor clinice și terapeutice. Angina pectorală poate avea și la bătrîn caracterele întîlnite la vîrsta adultă : sediul retrosternal al durerii, apariția ei după un efort fizic sau după alte circumstanțe de solicitare hemo-

dinamică, durata relativ scurtă, încetarea crizelor după administrare de nitroglicerină. Un tablou clinic complet și caracteristic de angină pectorală este mai puțin frecvent cu cît se înaintează în vîrstă. În schimb, se întîlnesc unele particularități legate de intensitatea, iradierea, durata și caracterul durerii.

În ceea ce privește intensitatea durerii, aceasta scade pe măsura înaintării în vîrstă. Durerea anginoasă este de cele mai multe ori greu definită de bolnavul bătrîn și deseori descrisă ca o senzație de disconfort toracic. După vîrsta de 70 de ani, cele mai importante cauze declanșante ale anginei pectorale sînt : frigul, mesele copioase și efortul (fuga, mersul rapid, efortul la defecație). Se remarcă o frecvență crescută a apariției crizelor anginoase în sezonul rece (noiembrie-martie).

Iradierea durerii este de obicei atipică și poate fi confundată sau atribuită durerilor generate de spondilartroza coloanei cervicale și toracice, osteoporozei, patologiei esofagiene, a diafragmei sau viscerelor abdominale (hernie hiatală, boli gastroduodenale). La unii bătrîni, din cauza patologiei neuropsihice supraadăugate, anamneza este greoaie sau chiar imposibil de efectuat.

Referindu-ne la durata și caracterul durerii anginoase, trebuie spus că acestea sînt foarte variate. Durata poate fi de ore și se însoțește de elemente depresive și anxioase, de dispnee (respirație grea și dificilă), care nu de puține ori este atribuită bolilor bronhopulmonare, frecvente la această vîrstă. În alte cazuri se asociază paloare, ușoară scădere a tensiunii arteriale, stare subfebrilă, eructații, senzație de urinare frecventă, cu deosebire la bărbați. Rareori durerea este progresivă și însoțită de tulburări de ritm, ameteli și stare lipotimică. În oricare din aceste simptome se impune efectuarea electrocardiogramei.

Infarctul miocardic reprezintă forma cea mai de temut a insuficienței coronariene acute. La această vîrstă, infarctul de miocard se caracterizează printr-un aspect oligosimptomatic. De cele mai multe ori, simptomele sînt fruste sau de împrumut. Dispneea și absența durerii sînt două din atributele majore ale necrozei miocardice la bătrîn. Există însă și cazuri în care durerea este prezentă, dar ea este scurtă, de mică intensitate și situată în etajul superior al abdomenului. Adesea survine după masă și este însoțită de greață, meteorism și vărsături. Bolnavii descriu frecvent o senzație de constricție, de disconfort toracic, însoțită de neliniște și dispnee. Dar forma de infarct miocardic fără durere constituie o realitate des întîlnită la bătrîni. Ea se corelează cel mai adesea cu insuficiența cardiacă și hipertensiunea arterială.

Infarctul miocardic poate debuta printr-o simptomatologie cerebrală : tulburări psihice, stări lipotimice sau sincopale, uneori o simplă disartrie (articularea defectuoasă a cuvintelor) sau o stare comatoasă. Confuzia sau dezorientarea trecătoare, agitația psihomotorie predominant nocturnă, amețeala mult accentuată în ultima perioadă, convulsiile, precum și evoluția rapidă a tulburărilor trofice ascund de multe ori un infarct miocardic. Dealtfel, la bătrîni, simptomatologia de împrumut este frecvent exacerbată sau relevată de prînzuri copioase care, datorită insuficienței circulatorii din teritoriul mezenteric, produc diverse simptome în sfera digestivă.

În ceea ce privește prognosticul, speranța de viață este mult mai mică după un infarct miocardic la bătrîni decît la tineri. În ansamblu, se poate aprecia că mortalitatea prin infarct miocardic este mai crescută la femeile care au depășit vîrsta de 60 de ani decît la bărbați.

De asemenea, prognosticul este deosebit de sever la bolnavii care nu s-au reintegrat social, la cei care duc o viață sedentară și au un plus de greutate, la bătrînii cu valori ale presiunii arteriale ridicate și la care revin acuzele clinice.

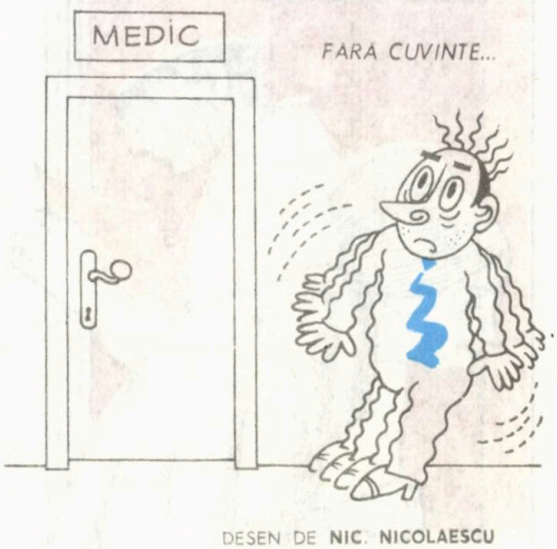
Cardiopatia ischemică coronariană cronică sau insuficiența coronariană cronică, cu tulburări de ritm și de conducere, cunoaște o incidență crescută la această vîrstă, constituind motivul cel mai frecvent

de adresabilitate la medic. Infecțiile bronhopulmonare, urinare, veziculare, toxiinfecțiile pe fondul escarelor atît de frecvent întîlnite la bătrîni, pot declanșa cu mare ușurință insuficiența cardiacă la un coronarian vîrstnic. Dar chiar în lipsa cardiopatiei ischemice cronice, persoanele vîrstnice necesită unele îngrijiri generale, menite să întrețină o condiție biologică satisfăcătoare, să prevină și să încetinească transformarea accelerată a unor ritmuri biologice, care cu ușurință împrumută, în anumite condiții, aspectul clinic al stărilor patologice. Îngrijiri speciale se impun, fără îndoială, și celor cu risc crescut de a prezenta o formă clinică de boală, dar, mai ales, celor cu cardiopatie ischemică coronariană evidentă clinic. Îngrijirile generale, medicația patogenică, tratamentul tonicardiac, diuretic, antiaritmic, utilizat în diferite forme de cardiopatie ischemică coronariană, trebuie să fie ales cu discernămînt, necesitînd individualizare. Supravegherea continuă și atentă a bolnavului vîrstnic este unul din deziderateie majore, deoarece la această vîrstă dozele se modifică frecvent.

Pe de altă parte, organizarea vieții constituie modul cel mai sigur de a lupta împotriva factorilor care influențează și accelerează procesul de îmbătrînire. Și dacă la această vîrstă se recomandă un mod de viață rațional, echilibrat, această conduită se impune cu atît mai mult persoanelor vîrstnice cu cardiopatie ischemică cronică. De aceea, lupta împotriva factorilor de risc (fumatul, excesul de alcool, alimentația nerațională, sedentarismul, obezitatea, hipertensiunea arterială etc.) trebuie să înceapă încă din tinerețe, pentru a păstra o inimă cît mai sănătoasă la bătrînețe și pentru a ne bucura de o bătrînețe lipsită de suferințe. Or, este știut că modul de viață constituie unul din cei mai importanți factori care influențează ritmul de îmbătrînire. În regimul de viață al bătrînului, în general, mișcarea fizică nu trebuie să lipsească. Efectuată zilnic și cu discernămînt, ea asigură o marcată relaxare psihică, întreține o condiție a dinamicii cordului satisfăcătoare, creează sentimentul tonic al utilității și al independenței. S-a demonstrat științific că mișcarea favorizează longevitatea. Cea mai ridicată morbiditate prin boli coronariene se întîlnește în rîndul sedentarilor și de aceea se recomandă bătrînilor plimbare zilnică și activitate fizică după toleranță, înțelegînd prin aceasta că intensitatea efortului se individualizează în așa fel încît să nu apară senzația de disconfort toracic, durere precordială sau dispnee. Atragem atenția că mișcarea fizică efectuată cu discernămînt, evitînd eforturile mari, ameliorează sindroamele psihice asociate, îmbunătățește performanțele funcționale cardiovasculare și osteoarticulare. Dealtfel, se cunoaște că lipsa de mișcare la bătrîni, alături de involuția normală a vîrstei, atrage după sine accentuarea osteoporozei, tendința la constipație, favorizează infecțiile pulmonare și urinare.

Un factor de agresiune asupra organismului cu repercusiuni din cele mai severe la cea de-a treia vîrstă îl constituie alimentația nerațională. Consumarea unor cantități de alimente peste necesarul fiziologic, abuzul de grăsimi animale, de zahăr rafinat, de carne și sare, acționează asupra pereților vasculari, determinînd leziuni ireversibile. De aceea, se impune aplicarea unui program de alimentație, medicului revenindu-i rolul de a stabili necesarul de calorii, proteine, grăsimi, vitamine, la care vîrstnicul trebuie să coopereze.

Profilaxia primară și secundară a bolilor cronice degenerative, a bolilor cardiace, se reflectă cel mai convingător în condiția biologică a vîrstei a treia. De aceea, să acordăm toată atenția combaterii factorilor care contribuie la instalarea acestor boli majore încă din perioada tinereții, prin măsuri adecvate, pentru a ne putea bucura de o bătrînețe lipsită de suferințe, de o bătrînețe activă.



DESEN DE NIC. NICOLAESCU

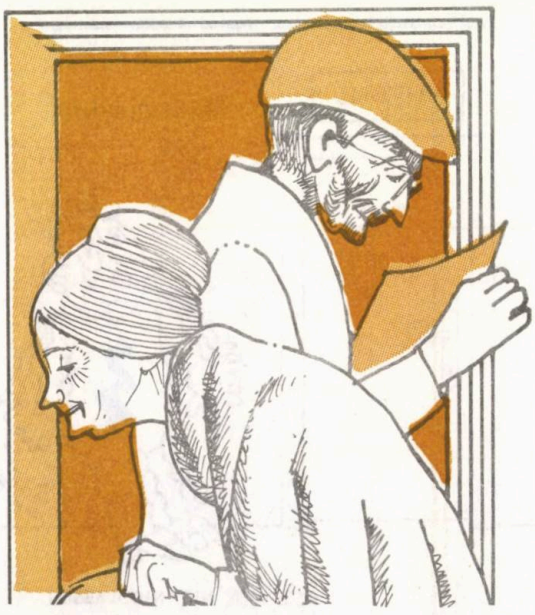
bolnavul digestiv vîrstnic

▪ probleme de adaptare ▪

DR. P. MUNTEANU
DISPENSARUL POLICLINIC DE ADULȚI
CLUJ-NAPOCA

Bolnavul vîrstnic apelează mai frecvent decît tînărul sau adultul la serviciile medicale. Explicațiile date acestui fenomen sînt motivate de faptul că, în această etapă a vieții, se intensifică procesul de uzură al organismului, iar patologia proprie acestei vîrste se face mai simțită. Dealtfel, patologia adultului nu se potrivește cu cea a vîrstnicului. Unele intervenții terapeutice sau chiar dietetice zdruncină echilibrul format în ani, atît în ceea ce privește necesarul fiziologic, cît și procesele morbide suferite anterior. De aceea, în cadrul actului medical la vîrstnic, trebuie avute în vedere fenomenele de acomodare.

Recunoașterea sindroamelor de acomodare, ca și recunoașterea modificărilor structurale, secretorii, imunitare din cadrul procesului de îmbătrînire constituie dificultatea majoră cu care medicul se confruntă. Desigur, va trece un timp pînă ce cunoștințele de patologie și clinică referitoare la vîrstnic se vor cristaliza și se vor difuza pe fiecare specialitate. Colaborarea dintre medicul generalist și specialist rămîne una dintre pîrghiile cele mai importante în rezolvarea acestei probleme.



Vîrstnicul digestiv apelează la serviciile medicale nu atît pentru bolile cronice contractate la vîrsta adultă sau tînără (ulcer duodenal, colită, gastrită etc.) la care s-a adaptat. Organismul lui găsește, desigur, mijloace de adaptare și la marile intervenții rezecționiste (stomac rezecat, colecistectomii, rezecții intestinale etc.), care rămîn de multe ori simple antecedente. El apelează pentru suferințe noi, legate fie de procesul de îmbătrînire a tubului digestiv cu repercusiuni pe mucoase, secreții, peristaltică, capacitate imunitară scăzută, fie induse de „intervenții" medicamentoase, dietetice, repaus prelungit etc.

În acest context de învechire a organismului apar suferințe legate de tulburări de tonus sfincterian (care se relaxează) sau tonus și peristaltică

musculară : hernia hiatală, diverticuli esofagieni, duodenali, colici, prolaps rectal, colon hipotonic etc.

Scăderea secreţiilor în cantitate şi calitate, cu reducerea celei de acid clorhidric la nivelul stomacului, dar şi a altor secreţii de-a lungul tubului digestiv (biliară, pancreatică, intestinală, duodenală) are consecinţe atît asupra peristalticii, cît şi asupra capacităţii de adaptare faţă de poluarea microbiană intestinală.

Tot sub influenţa acestor factori, unele boli care se continuă din perioada vîrstei adulte îşi schimbă evoluţia sau îmbracă forme şi localizări noi. Astfel, ulcerul este mai frecvent gastric şi poate fi voluminos-gigant, litiaza biliară se poate manifesta cu semne puţine (oligosimptomatică), apendicita poate să ajungă la perforaţie fără semnele dramatice cunoscute, arterioscleroza generalizată poate să intereseze sistemul mezenteric, dînd sindromul de ischemie mezenterică cronică. De asemenea, bolile dureroase la adult şi tînăr, cum ar fi : colonul iritabil, anorectita, colita spastică, diskineziile hipertone, în general, trec în forme trenante, hipotone, hipoiritabile.

Diareea de tip terminal a vîrstnicilor este adesea o falsă diaree pe fond de constipaţie. Colonul hipoiritabil cu constipaţie este, de fapt, consecinţa în timp a folosirii purgativelor saline şi a fenolftaleinei, precum şi a manevrelor mecanice de evacuare (clisme etc.), după principiul „scaun zilnic" cu orice preţ. Or, în această împrejurare se uită două lucruri esenţiale, şi anume că locul de formare a bolului fecal nu este cel pe care se acţionează mecanic, că un scaun normal, spontan la două zile nu este egal cu constipaţie, mai ales că declanşarea reflexului de defecare şi evacuare ţine de o anumită presiune intraabdominală, de un anumit volum al bolului fecal, de o anumită consistenţă, de un anumit conţinut în celuloză, grăsimi, săruri biliare. De asemenea, trebuie spus că actul defecării este un act prin excelenţă reflex, deosebit de complex, care se declanşează cu îndeplinirea integrală a tuturor condiţiilor, şi aceste condiţii sînt create o dată sau de două ori în 24 de ore. De aici se ivesc o serie de probleme atunci cînd dorim să tratăm sau să prevenim o tulburare de tranzit la un vîrstnic ori alte tulburări digestive sau dispeptice. În acest sens, atragem atenţia că medicamentele, în special antispasticele de orice natură, precum şi tranchilizantele sau sedativele influenţează atît secreţiile, cît şi peristaltica.

De asemenea, imobilizările îndelungate şi lipsa de mişcare au un rol negativ asupra funcţionării tubului digestiv.

Pe de altă parte, reducerea celulozei şi a grăsimilor din alimentaţie favorizează constipaţia, iar reducerea clorurii de sodiu şi a altor electroliţi sub necesităţile fiziologice, ca şi a lichidelor sub o anumită limită necesară, sînt factori care întreţin hipotonia tubului digestiv.

Regimurile alimentare unilaterale, carenţiale, neacidulate, necondimentate, care nu conţin toate principiile alimentare au repercusiuni nu numai asupra tubului digestiv, ci şi asupra întregii economii a organismului.

Organismul vîrstnicului, deşi mai fragil şi mai vulnerabil, este totuşi

echilibrat şi adaptat în timp la toate necesităţile vieţii, şi tocmai de acest echilibru cîştigat în ani trebuie să se ţină cont cînd se intervine medicamentos sau dietetic.

Referindu-ne la fenomenele de „adaptare digestivă" la vîrstnic, precizăm că acestea vizează deficienţele enzimatice, secretorii, motorii, sfincteriene, de reflux, consecinţe ale procesului de îmbătrînire a componentelor anatomice şi funcţionale ale tubului digestiv şi ale anexelor. În acest sens, vîrstnicul îşi reduce cantitatea de alimente, evită mesele abundente, copioase, care îi provoacă o digestie mai greoaie, balonări, arsuri şi disconfort abdominal, fenomen legat direct de scăderea calitativă şi cantitativă a secreţiilor. Astfel se explică predilecţia pentru condimente, alimente excitosecretorii şi băuturi acide, motiv pentru care este atît de sever admonestat de familie şi chiar de medici.

Tot ca un fenomen de adaptare şi dat fiind deficitul enzimatic, vîrstnicul exclude spontan din alimentaţie laptele, grăsimile, dulciurile concentrate, precum şi alimentele care conţin multă celuloză.

Obişnuit, aceste fenomene de acomodare au finalitate şi eficienţă, dar din nefericire se constată şi o serie de practici dăunătoare, rezultate din ignoranţă şi mituri, din erori şi exagerări, cu repercusiuni negative nu numai pe tubul digestiv, dar şi pe întreaga economie a organismului. Astfel, din motive extradigestive, unii vîrstnici exclud în totalitate grăsimile din alimentaţie, inclusiv pe cele nesaturate (vegetale), şi în acest mod veziculă biliară, duodenul, pancreasul, intestinul subţire sînt lipsite de un excitant natural important, accentuîndu-se astfel hipotonia şi constipaţia, dar totodată şi de aportul caloric al grăsimilor.

Unii bătrîni preferă în exclusivitate făinoasele, fenomen legat de o masticaţie mai uşoară, deoarece la această vîrstă dantura este mai deficitară. Aceasta constituie desigur o greşeală, regimul fiind unilateral şi carenţat. Din aceleaşi motive, dar şi datorită unor intoleranţe, unii bătrîni elimină din alimentaţie cruditătile, bogate în celuloză (legume, fructe, salate) ; or, astăzi, este verificat că necesarul de celuloză este de minimum 15 g zilnic pentru a se regla motilitatea intestinală şi pentru a se obţine presiunea intraabdominală care să împingă bolul fecal.

Dar fenomenele de acomodare, de adaptare, nu se opresc aici. Vîrstnicul are nevoie de mişcare, de activitate fizică, pentru a obţine o bună digestie şi o peristaltică eficientă. Imobilizările prelungite, indiferent de afecţiuni, nu sînt nici indicate, nici motivate şi, ca atare, vîrstnicul nu trebuie să fie împiedicat să părăsească patul, camera sau locuinţa.

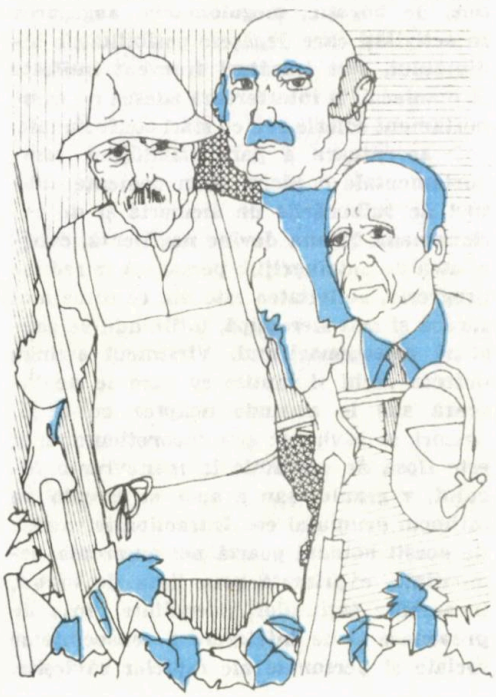
Desigur, vîrsta a treia necesită un efort de adaptare la schimbările care au loc nu numai pe plan social, intelectual, emoţional, dar şi la uzura biologică — proces natural şi ireversibil.

tulburările de comportament la vîrstnici

DR. M. BIRȚ, DR. FLOREA MARIN
CLUJ-NAPOCA

Bătrînețea este o etapă existențială naturală, în care transformările biologice ale tuturor aparatelor și sistemelor organismului uman se intrică cu perturbările funcțiilor psihice, avînd consecințe asupra relațiilor interpersonale și de mediu social.

Retragerea din activitatea socioprofesională, scăderea prestigiului social, modificările corporale, dependența din ce în ce mai accentuată față de cei din jur, moartea celor dragi, a celor apropiați, a prietenilor, plecarea copiilor sînt evenimente obișnuite care pun probleme delicate de adaptare



vîrstnicului. Pentru mulți bătrînețea se instalează în mod firesc, vîrsta și schimbările impuse de pensionare fiind acceptate ca un proces normal. Aceștia se adaptează la noul stil de viață, regrupîndu-și forțele, punîndu-le în serviciul unei noi activități adecvate posibilităților de care dispun, bineînțeles ținînd cont de starea fizică a sănătății, de capacitatea mintală, de atitudinea anturajului. De multe ori retragerea din competiție se acompaniază de multă înțelepciune și seninătate, de o mare putere creatoare și finețe intelectuală, chiar dacă achizițiile pe plan intelectual sînt reduse, iar memoria deficitară. Dar acest „bien vieillir" nu este întotdeauna singura modalitate evolutivă și vîrstnicul poate prezenta o serie de atitudini reacționale mai mult sau mai puțin adaptative. Capacitatea de adaptare depinde însă de intensitatea și rapiditatea cu care se instalează manifestările deteriorărilor organice, de personalitatea anterioară procesului îmbătrînirii, de natura și intensitatea psihotraumelor.

Declinul biologic al senescenței este însoțit în mod inevitabil și de o deteriorare mai mult sau mai puțin exprimată a funcțiilor psihice. Sînt considerate ca „fiziologice" dificultățile de mobilizare a atenției, de reactualizare a datelor în memorie, stagnarea și monotonia în procesul gîndirii, flecăreala, vorbăria și perseverența în abordarea unei anumite teme, scăderea controlului reacțiilor emoționale, egocentrismul, egoismul, avariția, neîncrederea sau dificultățile de adaptare la noi situații.

Îmbătrînirea poate fi marcată de o serie de atitudini reacționale, cum ar fi : închiderea în sine, refuzul de a accepta propria îmbătrînire, refugiul în boală, depresia. Refuzul de a îmbătrîni se traduce printr-o reacție de căutare de satisfacții și succese rezervate altor vîrste sau se manifestă prin agresivitate, autoritarism, nerăbdare, critică disproporționată și răutăcioasă față de manifestările obișnuite vîrstelor tinere, avînd ca substrat invidia sau gelozia față de cei mai tineri. Aceste tipuri de reacții survin, mai ales, la persoane cu trăsături caracteriale accentuate, la care procesul îmbătrînirii dezvăluie unele laturi ale personalității, pînă la acea vîrstă compensate. Modificările de comportament din cadrul acestor reacții au, de cele mai multe ori, un caracter reversibil. Același mod evolutiv îl pot avea și tulburările minore de comportament din cadrul reacțiilor de protest împotriva unor condiții de viață sau de spitalizare, întîlnite sub forma de refuz al hranei, mutism sau agitație nocturnă.

Unele modificări comportamentale pot apărea și în nevrozele vîrstnicilor, instalate în cazul deteriorărilor mai intense ale funcțiilor psihice. Ele se manifestă sub forma unor atitudini dezinhibate, iritabile, cu tendințe la reacții agresive. Aceste perturbări au un caracter temporar, atitudinea autocritică față de ele fiind totdeauna prezentă.

Spre deosebire de nevroze, tulburările comportamentale din psihopatii sînt permanente, avînd un aspect polimorf în care se interpătrund manifestări impulsive, cverulente, revendicative, isterice. În aceste cazuri, atitudinea autocritică este absentă. Văicăreala, teatralismul, tendința la exagerarea și agravarea simptomatologiei, crizele isterice care se intrică cu o serie de senzații penibile, întreținute de dereglările neurovegetative ale senescenței, sînt proprii psihopatiei isterice.

O notă aparte o prezintă manifestările din psihopatiile paranoice. Lipsa de logică în gîndire, susceptibilitatea, orgoliul exagerat, mania persecuției sînt prezente. Paranoicii sînt preocupați să redacteze memorii, împînzesc instituțiile publice, presa, justiția cu reclamații pentru motive neînsemnate sau se devotează cu fanatism unor cauze. Alteori, aspectele paranoice pot lua caracterul unor revendicări pasionale, în special pe teme de gelozie morbidă, cu manifestări violente și agresive.

În sindroamele paranoide senile, tensiunea delirantă și agitația psihomotorie se amplifică în special seara, ca o consecință a unor idei delirante de persecuție, de prejudiciu, de expropriere, de gelozie, mistice etc. Aceste convingeri morbide generează numeroase conflicte cu vecinii, cu membrii familiei, întreținînd o stare de tensiune insuportabilă.

Se consideră că tulburările comportamentale de tip psihopatic se întîlnesc la persoanele care, în antecedente, au fost caracterizate ca irascibile, egoiste, mai labile emoțional, sensibile, impresionabile sau sugestionabile.

În psihozele depresive, inhibiția motorie, apatia, adinamia, inactivitatea, pot alterna cu o stare de agitație psihomotorie. Raptusul suicidar — actul final al depresiei — este consecința ideilor delirante de inutilitate, de incurabilitate, de autoacuzare.

Exuberanța, euforia, preocupările erotice, de bogăție, megalomania, angajarea în activități care depășesc posibilitățile individului, sînt trăsături frecvent întîlnite la maniacali și interferează adesea un comportament coleric sau cu stări confuzionale.

O accentuare a particularităților comportamentale o găsim și în demențe, alături de tulburările de memorie și de raționament. Ținuta devine neglijentă, capacitatea de autoîngrijire personală se reduce progresiv, activitatea este din ce în ce mai săracă și mai stereotipă, întîlnindu-se constant colecționarismul. Vîrstnicul strînge obiecte vechi și inutile cu care se deplasează sau le ascunde noaptea cu grijă. Uneori, se săvîrșesc acte inconștiente, cum este lipsa de precauție în manevrarea focului, a gazului sau a apei, se circulă pe mijlocul drumului etc. Infracțiunile comise de acești bolnavi poartă net amprenta demențială, exprimată prin lipsa de mobil, incoerența acțiunilor, puerilitate, lipsa de prevedere și de înțelegere a consecințelor sociale și personale ale faptelor săvîrșite.

În bolile cerebrovasculare, ca hipertensiunea arterială și ateroscleroza, modificările comportamentale pot avea o evoluție ondulatorie, în concordanță cu oscilațiile tensiunii arteriale și în funcție de asocierea sau nu a elementelor confuzionale, de natura excitanților din mediul extern.

Dar, pentru a preveni tulburările comportamentale la cea de-a treia vîrstă, este necesar să evităm abuzurile încă din tinerețe și să adoptăm un regim de viață și de muncă igienic. Retragerea din activitatea profesională trebuie pregătită din timp. Acest moment constituie, de cele mai multe ori, un stres, cu efecte nefavorabile asupra sănătății psihice și fizice, asupra relațiilor sociale. Se știe că munca reprezintă condiția naturală a vieții, ea este un proces conștient, la care omul participă nu numai fizic, ci și cu gîndirea, voința și emoțiile sale. De aceea, munca contribuie la dezvoltarea personalității, avînd o influență formativă asupra individului.

Asigurarea unei activități fizice și intelectuale potrivit capacităților vîrstnicului, antrenarea în activități culturale, prin frecventarea de universități populare, cluburi, muzee, expoziții, sînt indispensabile pentru prevenirea unei deteriorări mintale și fizice.

Sedentarismul va fi combătut prin excursii, plimbări, exerciții fizice, iar supraponderalitatea printr-un regim hipocaloric și hipoglucidic. În acest sens, vor fi evitate excesele în grăsimi animale, dulciuri concentrate și carne, iar condimentele, cafeaua și alcoolul vor fi treptat interzise. De asemenea, vor fi interzise mesele copioase, iar alimentarea se va face la intervale cît mai scurte.

Referitor la stările de neliniște, iritabilitate, irascibilitate, labilitate emoțională, însoțite de insomnii, precizăm că acestea beneficiază de un tratament medicamentos cu neuroleptice, sedative blînde, tranchilizante, tonice și trofice cerebrale. În cazul în care tulburările de comportament iau o amploare deosebită, se impune internarea vîrstnicului într-un cămin-spital. În stările de demență avansată, este necesar să se intensifice supravegherea atît în mediul familial, cît și în căminele-spital, în scopul evitării pericolului de rătăcire sau de comitere a unor infracțiuni penale.

Avînd în vedere importanța factorilor psihogeni în declanșarea și apariția perturbărilor comportamentale, o importanță deosebită în realizarea unei adaptări armonice, cu atenuarea sentimentului de insecuritate, de inutilitate, o au ergoterapia și terapia ocupațională, forme de activitate productivă de grup, care urmăresc să le trezească interes, să-i stimuleze, să le ofere satisfacții și să-i ajute să dobîndească un statut psihosocial, care să le redea demnitatea în familie și societate.

Corectarea tulburărilor de comportament ale vîrstnicilor necesită o îngrijire specială și uneori dificilă. Ea este posibilă numai printr-o conjugare a factorilor de răspundere — sociali și medicali — în spiritul dragostei și al omeniei.

ALIMENTELE și... ignoranța lor

FABULĂ

– Semănăm mult la-nfățișare,
putem să fim chiar confundați –
spuse zahărul către sare,
într-o discuție-angajați –
numai că eu, să fac plăcere,
oricum mă iei și-oricum mă dai,
am gustul dulce, ca de miere,
iar tu, de saramură-l ai.
În plus, cum toată lumea știe
și cum, desigur, și tu știi,
eu produc multă energie,
fiindcă-s bogat în calorii,
în timp ce tu, în orice stare
și-n orice gură te strecori
provoci întruna sete mare
și tensiune, ca urmări.
– Se vede că ești pus pe fală –
sarea și ea îi ripostează –
uiți că un om, la moleșeală,
cu ionii mei se-nviorează
și uiți, de asemenea, se pare,
că-s nelipsită din bufet,
fiindcă dau gust bun la mîncare,
cum uiți că tu dai... diabet.
Nu mai vorbesc că, în privința
efectelor, mai ai un rol,
cum ne confirmă azi știința,
tu produci și colesterol.
– Nu ! – zahărul protestează –
cineva prost te-a informat,
aici lipidele-operează,
eu, cu nimic nu-s vinovat.
– Ia uite, ce insinuare ! –
se-aud niște costite-n cor.–
zahărul, cu nerușinare,
scornește vină tuturor.
– Așa-i ! cînd el se enervează –
rosti un ou, la rîndul său –
la fel, pe mine cășunează,
spunînd că numai eu fac rău.
– Așa se luase și de mine –
grăi cafeaua, c-un oftat –
răspîndind zvon că nu fac bine
nici la rinichi, nici la ficat.
Atunci, ficatul intervine :
– Stați ! n-are rost să vă certați !
Cum veni vorba și de mine,
vă rog și eu să m-ascultați :
Eu vă cunosc destul de bine,
pentru că eu v-analizez
Și după cum știe oricine,
tot eu vă metabolizez.
Dar tot eu sînt acela care
devin primul organ lezat,
atunci cînd, prin alimentare,
prea mult de voi sînt asaltat.
Deci, fiți atenți și la morală
și țineți minte ce vă spun :
numai pe cale rațională,
efectul vostru este bun.
Dar, cînd cu mine faceți teste,
avînd drept cobai un mîncău,
nimeni din voi bun nu mai este,
pînă și mierea face rău.

ION VULPESCU

longevitate

Cîndva, la o anchetă despre longevitate,
a fost întrebat un bătrîn oarecare :
— Ce vîrstă ai, unchiașule ?
— Eu ? Mi se pare
o sută și patru, nepoate !

— Dar cum ai ajuns, venerabile, moș,
la anii aceștia frumoși ?
— Păi, n-am băut răchie, nici iarbă n-am fumat,
și n-am pierdut nici nopțile-n zadar.

Reporterul, venit de la ziar,
scoase-un carnet și notă.

— Ehei, tovarășe — se-nfipse cineva,
un alt bătrîn mai cocîrjat ca primul —
Eu nu cunosc, de cînd mă știu, regimul,
fumez vreo cincizeci de țigări pe zi,
nu ies cu lunile din bar, de vizavi,
și nu pot spune că mă simt mai rău
decît unchiașul din carnetul tău !

— Dar cîți ani ai moșnege, c-abia te mai dezdoi ?
— Fac peste-o lună, patruzeci și doi !

ANDREI CIURUNGA

MEMORIA ÎȘI DEZVĂLUIE TAINELE

Prodigioasa funcție a creierului uman nu este altceva decît manifestarea unei activități biochimice a cortexului cerebral și nicidecum a unui mecanism pur electric, așa cum s-a crezut un timp sub influența progreselor cibernetice. Complexitatea memoriei a fost atribuită astfel numeroaselor circuite electrice stabilite între neuronii activați. Ștergerea impresiunilor memoriei prin șocul electric, aplicat în terapia psihozelor, părea să adeverească această ipoteză, ulterior infirmată.

Bolnavii supuși electroșocului își recapătă integral amintirile după cîtva timp, iar la animale memoria persistă și după trecerea hibernării, perioadă în care activitatea electrică a emisferelor cerebrale încetează complet. Memoria rămîne, de asemenea neschimbată, după anestezii profunde sau stări de comă.

Descifrarea codului genetic — memorie a ereditații imprimată în nucleii celulelor, care asigură în tot cursul vieții multiplicarea fără eroare a elementelor celulare și crearea nenumăratelor enzime care stau la baza vieții — a permis și descoperirea mecanismului memoriei.

Datorită numeroaselor variante structurale pe care le pot lua, acizii nucleici devin baza unui extrem de mare număr de informații necesare reconstruirii periodice a corpului nostru.

Spre deosebire de alte elemente specializate, neuronii sistemului nervos rămîn aceiași din primele pînă în ultimele zile ale vieții, fără să se multiplice vreodată. Pe lîngă elaborarea unor hormoni cu alcătuire simplă și transmiterea impulsurilor nervoase stimulante, neuronii mai depozitează, sub forma unor structuri complicate ale acizilor nucleici, întregul bagaj perceput de sistemul nervos de-a lungul vieții.

În acest scop, neuronul deține cel mai bogat conținut de acid ribonucleic. Acesta crește pînă la vîrsta de 30—40 de ani, rămîne staționar pînă la 60 de ani, după care scade lent. Se confirmă astfel maxima capacitate de creație a minții umane în jur de 35 de ani, vîrsta creațiilor de geniu.

Pe lîngă rolul său de cod genetic, acidului nucleic i se acordă acum și calificativul de „molecula memoriei". De fapt, acidul dezoxiribonucleic este doar ordinatorul care declanșează, prin intermediul altui acid nucleic, sinteza în citoplasmă a unor structuri proteice complexe, care alcătuiesc fondul memoriei. În acest sens, se descoperă în timpul procesului de învățare modificări intraneuronale calitative și cantitative, ceea ce face posibil transferul de memorie. La organisme inferioare ca planariile, ingestia canibalică de acizi nucleici proveniți de la forme evoluate conferă celor tinere comportamentul maturizat al adulților. Dar și șoarecii, animale evoluate, în urma injectării extractelor de emisferă cerebrală, adoptă atitudini speciale față de stresuri, pe care nu le-ar fi obținut altfel decît prin antrenamente prelungite.

Stocarea „moleculelor" de memorie în creier diferă ca sediu după tipul ei. Cea anterogradă, a faptelor recente, imediat evocabilă, se imprimă în a 5-a circumvoluțiune temporală, numită și hipocamp. Cea retrogradă, a datelor vechi, în regiunea periferică a emisferelor cerebrale, cunoscute sub denumirea de cortex. De fapt, primele percepții sînt imprimate în hipocamp, iar de aici trec pentru stocaj în cortex.

Lezarea experimentală a hipocampului duce la incapacitatea de a mai culege aceste date noi, fără ca cele înregistrate înainte să aibă ceva de suferit, iar lezarea extinsă a lobilor frontali scade procesul de învățare, făcînd imposibilă amintirea datelor vechi.

Microscopia electronică a reuşit să descopere sub ce formă este stocată memoria în neuroni. În trecut, histopatologii au semnalat existenţa unor granule lipoproteice, a căror proporţie creştea cu vîrsta, din care cauză le-au considerat „pigment de uzură" sau deşeuri ale metabolismului celular. Examinările recente le-au evidenţiat însă structura fină, lamelară, concentrică, amintind stocajul memoriei cibernetice. Schimbarea de poziţie a lamelelor, legate între ele prin punţi cu atomi de sulf, realizează structura diversificată a memoriei. În acest aranjament, un rol revine cisteinei.

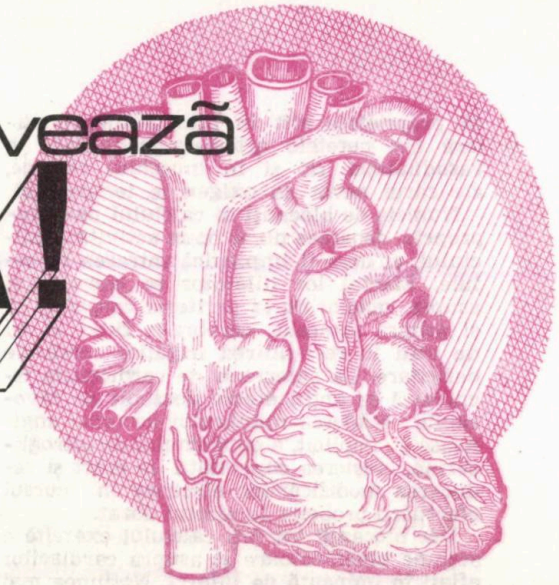
Datele menţionate au primit însă confirmări experimentale. Astfel, injectarea în hipocamp a unor substanţe care opresc sinteza proteinelor şi în special a acizilor nucleici, cum sînt citostaticele : Actinomicina şi Puromicina, întrerupe memoria recentă, dar pentru alterarea celei vechi este necesară infiltrarea aproape în întregime a scoarţei cerebrale. Dimpotrivă, administrarea concentratelor de acizi nucleici din drojdia de bere ameliorează memoria suferinzilor cu demenţă aterosclerotică, iar la animale scurtează perioada de dresaj, permiţînd performanţe superioare. Pe de altă parte, Folcisteina, injectată sau administrată oral, intervine prin cisteina pe care o conţine în tulburările de atenţie şi memorie, reconfortînd totodată starea fizică în surmenaj şi suprasolicitare. În acest sens, un mare rol revine introducerii preparatelor neurodinamice sau psihoenergizante. Derivatele moderne ale vitaminei B_6 : Piritinol (Enerbol, Encephabol) şi Piracetam (Nootropil, Piramem) redresează funcţiile nervoase superioare : atenţia, puterea de concentrare, de calcul, memoria, frecvent afectate de frămîntările vieţii moderne.

Un pas înainte l-a făcut descoperirea participării sistemului colinergic (care acţionează prin intermediul acetilcolinei) în desfăşurarea funcţiilor mnezice (mneme = memorie, adică fixarea, păstrarea, evocarea şi recunoaşterea obiectelor şi fenomenelor percepute). Fixarea percepţiilor comportă însă un sistem relaţional de mare complexitate. Astfel, activarea unui singur neuron cortical implică punerea în funcţiune a altor 4 000 de neuroni de acelaşi tip. La rîndul său, fiecare neuron are la polul dendritic sau arborescent — care captează şi transportă impulsurile nervoase spre corpul celular — peste 50 de legături cu dendritele altor neuroni. Pe de altă parte, la celălalt pol, axonul sau prelungirea sa celulifugă ajunge la mari distanţe de corpul central, stabilind contacte cu formaţiunile care reglează funcţiile organelor interne. De aceea, retrăirea în memorie a unor evenimente poate declanşa modificările biohormonale din momentul trăirii reale, survenind astfel modificări ale bătăilor inimii, ale secreţiei gastrice, ale mişcărilor intestinale. Toate aceste legături se realizează cu ajutorul unui neurotransmiţător, conducător de impulsuri — acetilcolina. Precizăm că orice defecţiune petrecută în complexul enzimatic care o produce se repercută negativ asupra memoriei.

Deşi creierul poate elabora colină, sursa principală a acestui acid aminat rămîne însă alimentaţia bogată în lecitină, pe care o putem găsi în ouă, ficat, soia, iar colină liberă, în cantitate mai mică, în varză şi lapte. Mărind aportul alimentar de colină, va creşte nivelul intracerebral de acetilcolină, care stimulează funcţiile mnezice. Dar calea cea mai sigură rămîne totuşi administrarea sa ca medicament. În prezent, se preferă preparatele de lecitină (pulbere ca atare sau asociată cu vitamina C, cum ar fi preparatul Ascolecitin), deoarece colina ca atare se degradează în intestin. Rezultatele tratamentelor sînt promiţătoare atît în tulburările de memorie consecutive surmenajului, cît şi în cele ce se întîlnesc la persoanele care înaintează în vîrstă. De asemenea, efecte bune s-au mai obţinut şi la bolnavii cu boală Alzheimer, o formă de demenţă presenilă. Această afecţiune în care există o deprimare globală a funcţiilor mnezice se mai caracterizează prin tulburări de vorbire, prin pierderea capacităţii de a recunoaşte obiectele, persoanele şi imaginile (agnozie) şi de a exprima prin gesturi şi mişcări acţiuni adecvate unui anumit scop (apraxie). Microscopic, se constată în creier dispariţia progresivă a neuronilor, iar biochimic, disfuncţia colinacetiltransferazei, enzimă cu rol decisiv în sinteza acetilcolinei. Lecitina vegetală, extrasă din floarea soarelui şi încercată cu mulţi ani în urmă în tratamentul sclerozei în plăci, este din nou folosită în terapia unor afecţiuni neuropsihice, începînd cu convalescenţa bolilor consumptive şi cu stările astenonevrotice şi terminînd cu cele care afectează organic sistemul nervos central, cum ar fi ataxia ereditară Friedreich şi coreea Huntington.

Dr. **GH. STOICESCU**

blocanții de calciu salvează INIMA!



Frecvența bolilor cardiovasculare continuă să îngrijoreze. Prima cauză de mortalitate a lumii moderne o constituie cardiopatia ischemică cu angina pectorală, infarctul miocardic și moartea subită prin accidentele vasculare cerebrale și arterita periferică. Invalidează sau seceră viața unor persoane ajunse la deplina maturitate profesională, lăsînd goluri greu de înlocuit. Nu odată putem observa că persoane aparent sănătoase, care grăbind pasul sau efectuînd un efort fizic cu care nu sînt deprinse, se opresc imobilizate din cauza unei dureri în mijlocul pieptului, înapoia osului stern sau în dreptul inimii. Durerile iradiază spre brațe, gît sau maxilarul inferior, însoțindu-se de o respirație anevoioasă și anxietate fără alt motiv. Pentru a-și prezenta criza, bolnavii folosesc mai puțin cuvîntul durere, ci mai degrabă pe acela de apăsare, sufocare sau strîngere ca într-o menghină, de unde numele de angină (latinescul *angere* = a strînge). Goethe vorbea de „gheara diavolului" care-l chinuia. În timpul efortului fizic, inima necesită mai mult sînge oxigenat, pe care arterele coronare, rigide și îngustate, nu-l pot aduce. Consecutiv dezechilibrului dintre nevoile crescute și posibilitățile reduse în mușchiul cardiac se instalează lipsa de sînge sau ischemia, tradusă printr-o stare foarte dureroasă. Oprirea pe loc, cîteva inspirații adînci care să aducă mai mult aer, un dilatator coronarian (nitroglicerina cu efect de o oră) și totul reintră în normal. Radiografia delicatelor artere coronare (coronarografia) cu o substanță opacă injectată printr-un cateter introdus pînă la inimă descoperă cauza : o îngustare pe traiectul arterial, datorită unei plăci de aterom. În cazuri mai rare, durerea continuă, devine atroce și nu cedează la nitroglicerină. În zona stenozată s-a format un cheag (trombus), care întrerupe complet circulația într-un sector al inimii, producînd infarctul de miocard. Dar, surprinzător, într-o serie de crize anginoase care survin în repaus și deseori noaptea, coronarografia este normală, iar arterele perfect permeabile.

Acest gen de crize de repaus cu modificări aparte pe traseul electric sînt denumite, după autorul care le-a descris, angină pectorală Prinzmetal. Drept cauză a acestora, s-a descoperit un spasm trecător al coronarelor, fenomen care a putut fi reprodus prin injectarea unei substanțe vasoconstrictoare : maleatul de ergometrină, folosit curent pentru oprirea hemoragiilor interne. Aceste crize pot fi prevenite printr-o serie de substanțe dilatatoare, care se opun constricției pereților arteriali. Prin medicația antispastică coronariană se oprește intrarea ionilor de calciu în fibrele musculare netede din peretele arterial și în celulele mușchiului cardiac. Cercetări de finețe au stabilit că pentru a se contracta, fibrele musculare necesită intrarea calciului în celulă. Din mediul extracelular, ionii de calciu traversează membrana celulară printr-o serie de pori tapetați cu proteine specifice fiecărui tip de ioni. La microscopia electronică porii sînt în realitate veritabile canale de trecere spre interiorul celulei. Cele prin care pătrund repede ionii de calciu, ca prim stimul al contracției musculare, au fost denumite canale rapide, iar cele prin care intră mai încet ionii de calciu pentru a menține contracția, canale lente. O altă serie de canale, cu diametru mai larg, stabilesc legături intercelulare, ceea ce permite transmiterea concomitentă a excitației electrice și contracția simultană a întregului mușchi cardiac. Substanțele medicamentoase cu care se tratează neregularitățile ritmului cardiac (chinidina, procainamida, xilina etc.) acționează la nivelul acestor canale, permițînd intrarea calciului în celule, iar preparatele antispastice coronariene au efect antianginos, micșorînd fluxul ionilor de calciu prin canalele lente din compartimentele extracelulare în cele intracelulare. Ele își manifestă aceas-

tă proprietate atît în musculatura circulară din peretele arterial, producînd o vasodilatație, cît și în mușchiul cardiac, ale cărui nevoi de oxigen le temperează.

Numele de blocanți ai calciului pare impropriu, deoarece nu se opun activității calciului, ci doar îi împiedică intrarea în celule. Efectul lor dilatator se exercită și asupra venelor de la periferia corpului, ca și asupra arterelor cerebrale, fiind la fel de utili în restabilirea irigației cerebrale deficitare. La suferinzii de cardiopatie ischemică se obțin efecte deosebit de favorabile : scăderea numărului de crize anginoase și, implicit, a consumului de nitroglicerină, creșterea capacității de efort și reducerea modificărilor electrice în cursul efectuării probelor la efortul dozat.

Dar blocanții intrării calciului exercită o acțiune binefăcătoare și asupra cardiacilor aflați în iminență de infarct. Noțiunea mai nouă de angină instabilă a înlocuit denumiri mai vechi ca : insuficiență coronariană acută, preinfarct, sindrom intermediar. Există cazuri de angină pectorală care apar pentru prima dată, după cum există și cazuri mai vechi, agravate de efort sau care survin și în repaus, insuficient ușurate de nitroglicerină. La acești bolnavi, angiografiile au descoperit existența unui spasm prelungit care, netratat, poate să ducă la infarct.

Hormonii suprarenali în exces deschid canalele lente prin care ionii de calciu pătrund în fibrele miocardice, mărindu-le sarcina contractilă în lipsa unui aport suficient de sînge oxigenat. Astfel, apar tulburări de ritm, care pot întrerupe neașteptat activitatea inimii. Bolnavii pot fi salvați din această primejdie și infarctul prevenit numai prin asocierea unui antagonist de calciu cu un betablocant, cum este Propranololul, care împiedică acțiunea de suprasolicitare asupra inimii, exercitată de nervul simpatic și glandele suprarenale. Cînd sistemul cardiovascular nu poate asigura un aport suficient de sînge gingașelor structuri ale inimii, blocanții de calciu le protejează de consecințele dăunătoare ale pătrunderii intracelulare a calciului și de efectele dezastruoase ale lipsei oxigenului.

Dr. GH. STOICESCU

---

hipertensiunea arteriala esentiala, consumul de sare si susceptibilitatea genetica

CONF. DR. AL. IOAN

Cercetările epidemiologice și clinice efectuate în ultimele decenii au evidențiat faptul că hipertensiunea arterială cunoaște astăzi cea mai mare frecvență. Ea afectează 15—20% din populația adultă, cifră destul de crescută, motiv pentru care constituie principala problemă cu care se confruntă medicina actuală.

Dealtfel, se apreciază că după vîrsta de 40 de ani, o treime din indivizi au o tensiune arterială la granița dintre normal și anormal sau ușor crescută, pentru ca după vîrsta de 50 de ani această proporție să crească considerabil. Denumită și „boală a civilizației contemporane", hipertensiunea arterială cunoaște cea mai mare incidență în țările cu nivel social-economic ridicat.

Diagnosticul de hipertensiune arterială se stabilește pe baza măsurării cifrelor tensionale. Organizația Mondială a Sănătății a stabilit că limita tensiunii arteriale normale la adultul în repaus, indiferent de vîrstă, este de 140 mmHg pentru maximă și 90 mmHg pentru minimă. Dar pentru a se putea afirma sau infirma existența bolii, este necesar — în special pentru persoanele aflate la limita normalului — să se efectueze măsurări repetate.

Adesea, hipertensiunea arterială evoluează pe perioade lungi de timp, asimptomatic, ea nu avertizează cu nimic pe bolnav, acesta descoperind cu totul întîmplător tensiunea arterială crescută. Dar din momentul în care boala a fost depistată, tratamentul devine obligatoriu, mai ales că ea afectează îndeosebi persoanele aflate la vîrsta cea mai activă. Din acest punct de vedere, hipertensiunea arterială constituie o problemă de sănătate publică pentru majoritatea țărilor unde frecvența ei este mult crescută, avînd implicații economice incalculabile, prin pierderea de forță de muncă.

Atragem atenția că boala odată instalată nu poate fi vindecată pe deplin, dar poate fi împiedicată să evolueze, cu prețul unui tratament care durează toată viața. Deși este relativ simplu, constituie totuși o constrîngere mai greu de acceptat, îndeosebi în stadiile de început ale bolii, cînd bolnavul nu are tulburări. De aceea, considerăm necesară instituirea unor măsuri menite să contribuie la prevenirea bolii, obiectiv care nu poate fi realizat decît cunoscînd cauzele care o produc. Și dacă pentru un număr mic de cazuri se cunosc factorii determinanți (boli endocrine, renale sau cardiovasculare), pentru majoritatea cazurilor nu se cunosc încă precis mecanismele de producere. Aceasta este așa-zisa hipertensiune esențială.

Dintre factorii care concură la producerea hipertensiunii arteriale esențiale amintim : obezitatea, sedentarismul, fumatul excesiv, stresul, dar cei mai importanți par a fi consumul excesiv de sare (respectiv de sodiu, deoarece clorul este inofensiv), cuplat cu consumul redus de potasiu și susceptibilitatea genetică.

Dealtfel, s-a afirmat, pe bună dreptate, că „aportul crescut de sodiu și redus de potasiu întîlnit la popoarele civilizate și care acționează asupra unui substrat cu susceptibilitate genetică constituie factorul cardinal în producerea și perpetuarea hipertensiunii arteriale".

Omul primitiv consuma puțină sare și mult potasiu, ceea ce corespundea conținutului în săruri al alimentelor naturale. Din acest punct de vedere, condițiile alimentare nu s-au schimbat în mod esențial timp de sute de mii de ani, ființa umană fiind deci perfect adaptată acestui regim.

Ca aliment, avem nevoie de o cantitate de sare care să nu depășească 1—3 g pe zi, cantitate ce este acoperită de conținutul alimentelor proaspete. Astăzi, majoritatea oamenilor consumă aproximativ 10—35 g, de unde reiese că cea mai mare parte reprezintă un condiment. Deci, regimul bogat în sare este — după cît se pare — o achiziție relativ recentă, care nu co-

respunde caracteristicilor fiziologice ale organismului uman ce au rămas nemodificate. Din momentul în care oamenii au început să săreze mult și sistematic alimentele, a apărut, probabil, și hipertensiunea arterială esențială.

La populațiile primitive actuale, care mai persistă pe alocuri și care au rămas la o alimentație naturală, hipertensiunea este extrem de rară. Ceva mai mult, la aceste popoare tensiunea arterială nu crește cu vîrsta, cum se întîmplă la popoarele mai evoluate.

Numeroase cercetări au arătat că trecerea la condiții „moderne" de viață, chiar simpla urbanizare, duce la apariția sau creșterea incidenței hipertensiunii arteriale esențiale în populația respectivă. Un exemplu în acest sens îl constituie americanii de culoare, care suferă frecvent de hipertensiune arterială, mai frecvent chiar decît conaționalii lor albi. În schimb, boala este rar întîlnită la populațiile vest-africane din rîndul cărora provin. Hipertensiunea crește deci ca frecvență și gravitate în diverse grupuri populaționale civilizate în raport cu consumul de sare.

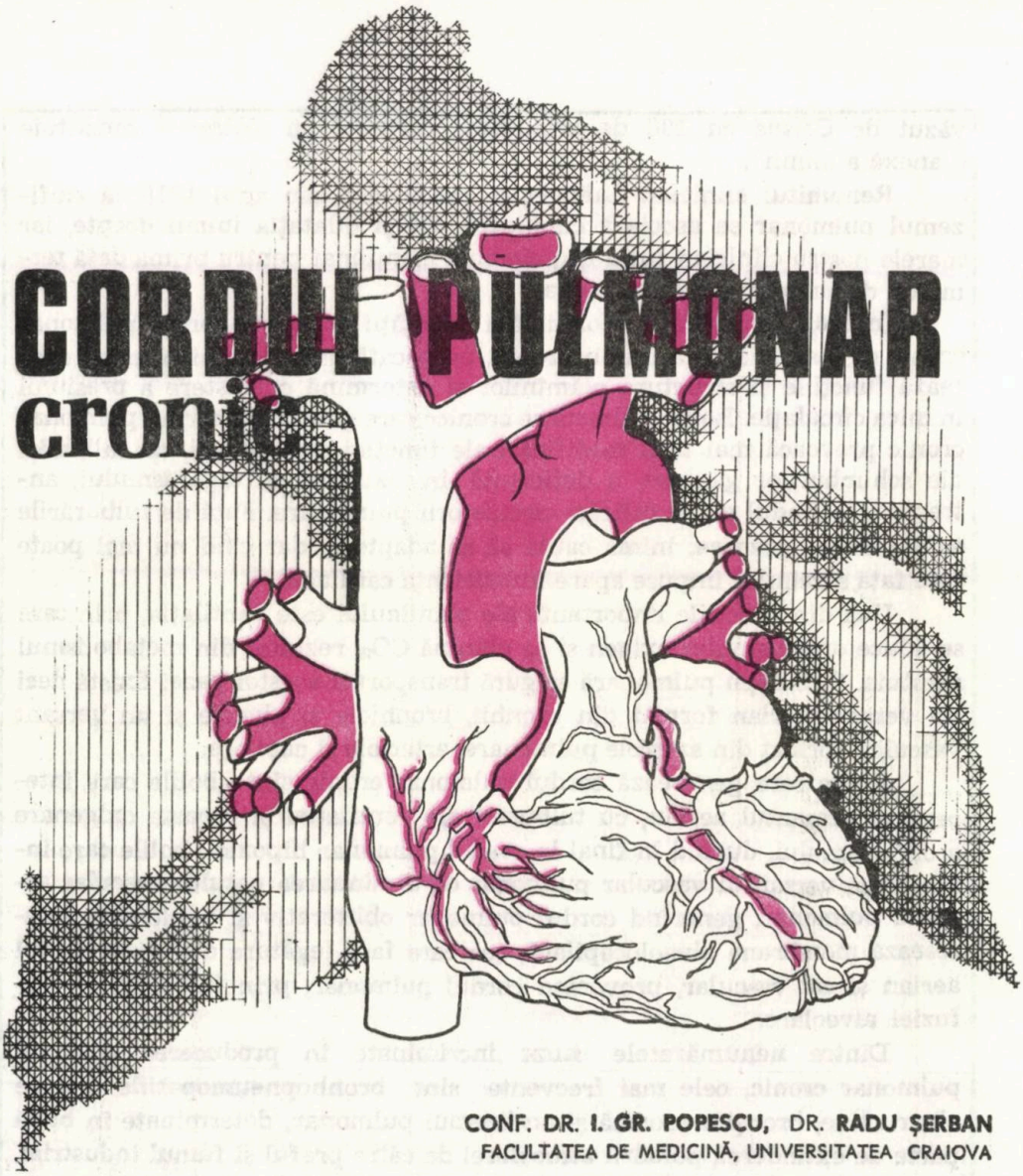
Important de remarcat este faptul că aportul excesiv de sare începe foarte devreme în viața noastră : laptele de mamă, de exemplu, conține enorm de puțină, nici jumătate de gram la litru. Sugarul alimentat artificial consumă de aproximativ zece ori mai multă. Mai tîrziu, pentru a pregăti hrana copiilor, s-a constatat că mamele greșesc sărînd alimentele după gustul lor de adulte. În acest fel, copiii deprind de mici gustul sării și, imitînd părinții, învață să-și săreze singuri mîncarea. Dar agresiunea continuă și în deceniile următoare ale vieții. Hipertensivii adulți au, se pare, o reducere a susceptibilității gustative pentru sare, de unde rezultă și o creștere a apetitului pentru acest condiment. În acest sens, trebuie spus că alimentația adultului civilizat constă, în mare măsură, din alimente conservate, ce conțin multă sare, toxică pentru bacterii. Dar nu numai pentru ele !

Se pune atunci întrebarea : de ce la populațiile care consumă sare în cantități deosebit de mari ca, de exemplu, în zonele unde baza alimentației o constituie peștele sărat, hipertensiunea, deși foarte frecventă, nu afectează majoritatea populației ? Cel puțin 60% din indivizi rămîn imuni la acțiunea nocivă a acestui factor. Intervine, desigur, o susceptibilitate genetică. Acțiunea sării este validată de o predispoziție genetică, prezentă la o bună parte din populație și care constă, probabil, dintr-un defect în eliminarea renală de sodiu. De aceea, ca o măsură de protecție se recomandă consumarea de legume și fructe bogate în săruri de potasiu, deoarece un aport paralel redus de potasiu ar constitui un factor agravant.

În prezent, tot mai mult se conturează ideea că substratul biochimic al susceptibilității genetice la hipertensivi este reprezentat de deficiența unui mecanism activ de transport al sodiului prin membrana celulară, ceea ce ar duce la creșterea conținutului de sodiu și scăderea celui de potasiu din celule. Din acest motiv, se impune identificarea indivizilor sensibili la sare și deci la hipertensiune esențială, în vederea controlului repetat al valorilor tensionale și a prescrierii unui regim alimentar sărac în sare și bogat în potasiu. Ne referim, în special, la persoanele care provin din familii de hipertensivi.

Constatăm, așadar, din numeroasele studii recente, cum factorul de mediu — aportul crescut de sodiu și redus de potasiu — se conjugă cu o anomalie metabolică ereditară în transportul acestor ioni prin membrana tuturor celulelor organismului, concurînd la realizarea hipertensiunii esențiale. Dacă aceste rezultate se vor confirma într-un viitor apropiat, vom dispune de un test de laborator de susceptibilitate la hipertensiunea arterială, cu enorme consecințe medicale și sociale.

CORDUL PULMONAR cronic



CONF. DR. I. GR. POPESCU, DR. RADU ŞERBAN
FACULTATEA DE MEDICINĂ, UNIVERSITATEA CRAIOVA

În organismul uman există o interdependenţă între activitatea respiratorie şi circulatorie încît aproape nu pot fi separate.

Plămînul reprezintă organul principal al respiraţiei, cu rol important în economia gazelor sanguine — oxigenul şi bioxidul de carbon. Interdependenţa funcţională existentă între respiraţie şi circulaţie, între plămîni şi inimă, prezintă o importanţă clinică deosebită. Atunci cînd organismul are nevoie de o oxigenare sporită, aceasta atrage după sine un debit circulator pulmonar crescut. Legătura funcţională dintre respiraţie şi circulaţie este pusă în evidenţă nu numai în condiţii fiziologice, ci şi în împrejurări patologice, în aşa fel încît o dereglare a respiraţiei atrage după sine modificări importante în funcţionalitatea aparatului cardiovascular şi invers. Afectarea inimii, ca urmare a unor boli pulmonare, a dus la existenţa unui sindrom denumit cardiopulmonar. Acest sindrom a fost între-

văzut de Celsus cu 100 de ani î.e.n., afirmînd că „plămînii constituie o anexă a inimii".

Renumitul clinician Laënnec a arătat încă din anul 1819 că emfizemul pulmonar se asociază cu hipertrofia şi dilataţia inimii drepte, iar marele nostru clinician Iuliu Haţieganu a menţionat pentru prima dată termenul de sindrom cardiopulmonar.

În 1961, Organizaţia Mondială a Sănătăţii defineşte cordul pulmonar cronic ca insuficienţă a inimii drepte, provocată de afecţiuni care influenţează funcţiile şi structura plămînilor şi determină o creştere a presiunii în mica circulaţie. Bolile pulmonare cronice care generează cordul pulmonar cronic provoacă mai întîi modificări ale funcţiei respiratorii, cu tulburări ale schimburilor gazoase, o deficienţă în oxigenarea organismului, antrenînd, la rîndul ei, modificări circulatorii pulmonare. Faţă de tulburările schimburilor gazoase, inima caută să se adapteze, dar cînd nu mai poate face faţă sarcinilor impuse apare insuficienţa cardiacă.

Una din funcţiile importante ale plămînului este ventilaţia, prin care se aduce organismului oxigen şi se elimină CO_2, rezultat din metabolismul acestuia. Circulaţia pulmonară asigură transportul acestor gaze. Există deci un versant aerian format din bronhii, bronhiole şi alveole şi un versant vascular, format din arterele pulmonare, arteriole şi capilare.

Bolile care generează cordul pulmonar cronic sînt : bolile care interesează versantul aerian, cu tulburări ale ventilaţiei şi proasta oxigenare a organismului, ducînd în final la cordul pulmonar hipoxic ; bolile care interesează versantul vascular pulmonar cu diminuarea patului vascular arterial pulmonar, generînd cordul pulmonar obliterativ şi bolile care interesează membrana alveolocapilară, cea care face legătura dintre versantul aerian şi cel vascular, provocînd cordul pulmonar, prin tulburări ale difuziei alveolare.

Dintre nenumăratele cauze incriminate în producerea cordului pulmonar cronic, cele mai frecvente sînt bronhopneumopatiile cronice obstructive, bronşita cronică şi emfizemul pulmonar, determinate în bună parte de extinderea poluării atmosferei de către praful şi fumul industrial, de tabagism, de condiţiile de viaţă impuse de civilizaţia contemporană. Pentru a arăta importanţa socială a acestei afecţiuni, menţionăm că mortalitatea prin cord pulmonar secundar bronhopneumopatiei cronice obstructive ocupă locul IV în Anglia, afectînd persoanele cu vîrsta cuprinsă între 45 şi 64 de ani, iar în S.U.A. numărul deceselor se dublează la 5 ani.

Prin evoluţia trenantă cu decompensări cardiace repetate şi cu un număr mare de zile de incapacitate de muncă, cordul pulmonar cronic ridică importante probleme economice.

Deformaţiile toracice, marile gibozităţi, precum şi obezitatea provoacă o hipoventilaţie alveolară, anomalii ale circulaţiei pulmonare şi, în cele din urmă, apariţia semnelor de cord pulmonar cronic. Tuberculoza pulmonară

este, de asemenea, responsabilă de cordul pulmonar cronic într-o proporție de 6,8% din cazuri.

Cordul pulmonar obliterativ este dat de afecțiuni care determină o reducere a patului arterial pulmonar, creșterea presiunii în mica circulație și hipertensiune pulmonară. De cele mai multe ori este vorba de bolnavi cu dilatații venoase (varice) la membrele inferioare, care cu timpul se pot complica cu ulcere de gambă, bolnavii fiind expuși în unele cazuri la tromboflebite, susceptibile de formarea cheagurilor. Aceste cheaguri se pot desprinde de pe vase și sînt purtate de curentul circulator în arterele pulmonare, pe care le obstruează (astupă), ducînd la îngustarea patului vascular pulmonar, la fenomene de hipertensiune pulmonară și la cord pulmonar. Din fericire, aceste ultime complicații sînt rare.

În ceea ce privește cordul pulmonar cronic determinat de tulburări de permeabilitate a membranei alveolocapilare, menționăm că acesta este rezultatul unor afecțiuni care modifică permeabilitatea alveolocapilară, cu reducerea suprafeței de schimb și imperfecta oxigenare a sîngelui. Pe primul loc se situează pneumoconiozele, după care urmează tuberculoza pulmonară, fibrozele pulmonare de diferite cauze, colagenozele (boli care interesează țesutul conjunctiv).

Evoluția cordului pulmonar cronic are loc în două etape : prima este dominată de simptome pulmonare și are o durată mai lungă, iar a doua de prezența semnelor de insuficiență a inimii drepte, mai scurtă, dar mai gravă. Greutatea în respirație sau dispneea este unul din simptomele importante care domină prima etapă a cordului pulmonar cronic și ea se datorește afecțiunii pulmonare. Această dispnee nu se manifestă în poziția culcat, spre deosebire de dispneea din insuficiența inimii stîngi, cînd bolnavul nu poate dormi, deoarece se sufocă.

Un alt simptom important, caracterizat prin coloratia vînătă a feței și a extremităților, este cianoza. Coloratia normală a tegumentelor și a mucoaselor se datorește sîngelui din capilare, care conține oxihemoglobină și hemoglobină redusă, cu predominanța oxihemoglobinei. În cordul pulmonar cronic, concentrația sîngelui în hemoglobină redusă crește, apărînd coloratia vînătă. Cianoza este cauzată de afecțiunile pulmonare care nu mai îngăduie o oxigenare normală a sîngelui sau de încetinirea circulației sanguine cu deficit de oxigen.

În ceea ce privește cea de-a doua etapă a evoluției cordului pulmonar cronic, menționăm că aceasta are un caracter sever, fiind dominată de existența semnelor de insuficiență a inimii drepte. Dar ce înseamnă insuficiența inimii drepte ? Este de fapt incapacitatea inimii de a trimite sîngele în mica circulație, sîngele stagnînd astfel în ventriculul drept, auriculul drept și în teritoriile venelor cave. Deci, cedarea inimii drepte produce o stază în circulația venoasă, cu creșterea presiunii venoase, manifestată prin dilatarea venelor superficiale. Această dilatare a venelor superficiale este vizibilă pe fața dorsală a mîinilor și pe fața anterioară a toracelui. Totodată, se produce și o mărire a ficatului. Se știe, dealtfel, că una din funcțiile ficatului este și aceea de rezervor sanguin, datorită structurii sale care permite să înmagazineze o mare cantitate de sînge (pînă la 2—3 litri). În cordul pulmonar cronic, organismul se apără, scoțînd o mare cantitate de sînge din circulație, pentru a ușura aportul de sînge către

inimă. Această cantitate este depozitată în ficat, ceea ce determină o mărire a acestuia (hepatomegalia), ajungînd uneori la dimensiuni apreciabile. Palparea ficatului provoacă dureri bolnavului, semn deosebit de important, care deosebește hepatomegalia din cordul pulmonar cronic de aceea din cancerul hepatic sau ciroza hepatică.

Un alt simptom care se explică prin staza din circulația venoasă îl reprezintă turgescența venelor jugulare (dilatația venelor gîtului), ca și apariția edemelor la membrele inferioare, mai ales la nivelul gleznelor. De asemenea, staza venoasă influențează și asupra rinichilor, prin reducerea volumului de urină în 24 de ore, ca urmare a scăderii debitului sanguin renal (oligurie).

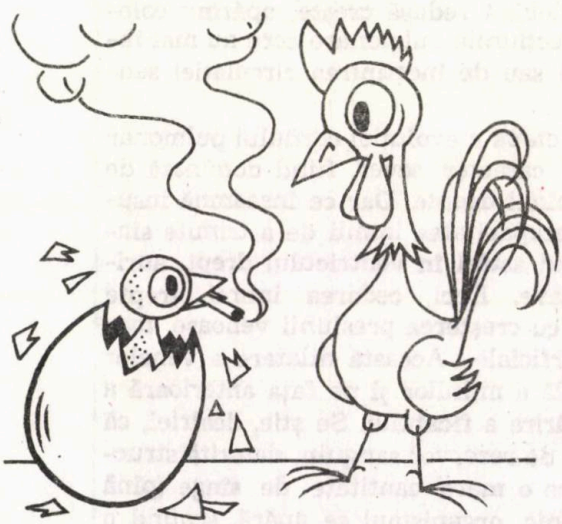
Sînt situații cînd, datorită stazei sanguine, apare lichid la baza plămînului drept, iar în cazuri grave lichidul invadează și cavitatea peritoneală (lichid ascitic).

În concluzie, cordul pulmonar cronic este — după cum am putut constata — o reflectare a unui mare număr de afecțiuni respiratorii asupra circulației pulmonare și a inimii drepte. De aceea, tratamentul cordului pulmonar cronic se adresează afecțiunilor care îl declanșează. Pe de o parte, vor fi tratate bolile responsabile de sindromul cordului pulmonar cronic, iar pe de alta cordul pulmonar cronic propriu-zis.

În elaborarea planului terapeutic, se vor avea în vedere afecțiunile respiratorii de tip obstructiv, care impun suprimarea factorilor nocivi, poluanți, o medicație care dilată bronhiile și care ajută la eliminarea secrețiilor bronșice, precum și un tratament antiinfecțios, pe bază de antibiotice.

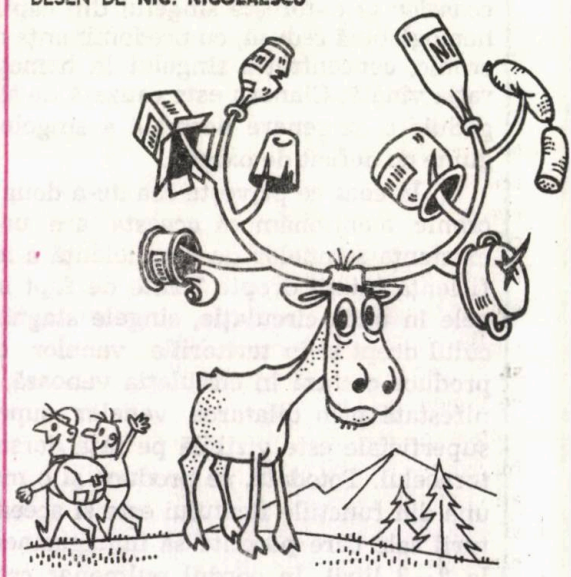
În ceea ce privește insuficiența inimii, se vor folosi medicamente tonicardiace, care măresc puterea contracțiilor inimii, dar și medicamente diuretice, care ajută la eliminarea lichidelor din organism, ușurînd astfel munca inimii.

FĂRĂ CUVINTE...



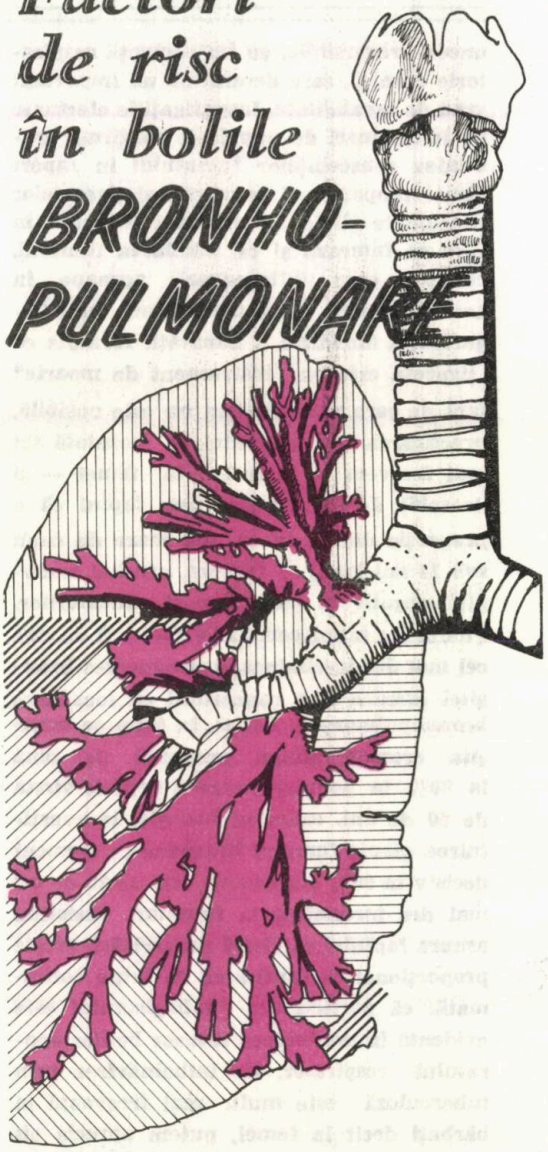
DESEN DE NIC. NICOLAESCU

DESEN DE NIC. NICOLAESCU



FĂRĂ CUVINTE...

Factori de risc în bolile BRONHO-PULMONARE



DR. G. UNTEANU
SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE

Prin frecvența lor crescută la toate vîrstele, prin varietatea etiologică și gravitatea excepțională a unor forme clinice de boală, precum și prin consecințele socio-economice și profesionale pe care le determină, afecțiunile bronhopulmonare localizate la nivelul căilor aeriene și al parenchimului pulmonar reprezintă unul din cele mai importante capitole din patologia umană. Virozele respiratorii și pneumoniile bacteriene, bronșita cronică și astmul bronșic, cancerul, tuberculoza și supurațiile pulmonare, pneumoconiozele și bolile de sistem constituie un volum apreciabil de afecțiuni cu care sîntem confruntați în activitatea practică. Dacă multe din bolile menționate sînt de natură infecțioasă, fiind provocate de diverse specii microbiene, alți factori favorizanți sau predispozanți, așa-numiți „de risc", intervin în măsură variabilă, uneori decisivă, în declanșarea, întreținerea sau cronicizarea bolii.

Aflat în comunicare directă cu mediul ambiant prin intermediul căilor aerodigestive superioare, aparatul respirator, supus acțiunii iritative neîntrerupte a unor factori de agresiune de natură fizică, chimică sau infecțioasă, își păstrează integritatea anatomică și funcțională datorită mijloacelor de protecție naturală, reprezentate prin cilii vibratili, mucusul bronșic, celulele macrofage, imunoglobulinele etc. Numeroși factori exogeni și endogeni alterează aceste mecanisme de apărare, scad rezistența locală și înlesnesc grefarea infecției, cronicizarea și recidiva bolilor bronhopulmonare. Datorită însă studiilor epidemiologice făcute în toată lumea, a fost posibilă cunoașterea acestor factori de risc și, în consecință, s-au asigurat măsurile corespunzătoare de combatere și prevenire.

Printre factorii favorizanți externi se înscriu: practicarea fumatului, poluarea atmosferică, noxele inhalatorii profesionale și condițiile meteorologice. Dintre aceste elemente de agresiune, poate cel mai răspîndit și în același timp considerat de numeroși cercetători ca cel mai dăunător este fumul de tutun, **datorită substanțelor toxice rezultate din arderea tutunului și a foiței de țigară, substanțe a căror nocivitate depășește cu mult pe aceea a celui mai poluat aer. Obiceiul de a fuma, care ocupă un loc de frunte printre „toxicomaniile" vremurilor noastre, influențează în special aparatul respirator, provocînd leziuni severe și**

uneori ireversibile, cu insuficiență respiratorie cronică, care determină un important grad de invaliditate. Investigațiile efectuate pe loturi mari de populație confirmă gravitatea consecințelor fumatului în raport direct proporțional cu numărul țigaretelor consumate zilnic, cu volumul încăperii în care se fumează și cu inhalarea fumului, condiții care influențează aproape în aceeași măsură și pe nefumători. Deși Organizația Mondială a Sănătății formula că „țigareta este un instrument de moarte" față de care neutralitatea nu este posibilă, practicarea tabagismului se constată tot mai frecvent — inclusiv la femei — și deosebit de îngrijorător este faptul că o proporție din ce în ce mai mare de copii sub 14 ani încep să fumeze, urmînd exemplul negativ al părinților și educatorilor. Fumul de tutun constituie factorul de risc cel mai des incriminat în producerea bronșitei cronice și a cancerului cu localizare bronhopulmonară. Astfel, în timp ce bronșita cronică atinge proporții de pînă la 20% la populația care a depășit vîrsta de 50 de ani, cancerul bronșic, la constituirea căruia fumatul intervine ca element decisiv în 90% din cazuri, este de 20 de ori mai des înregistrat la fumători. Insistînd asupra faptului că riscul cancerizării crește proporțional cu cantitatea de tutun consumată, că participarea tabagismului este evidentă în producerea tuturor bolilor aparatului respirator, iar îmbolnăvirea prin tuberculoză este mult mai frecventă la bărbați decît la femei, putem aprecia cît de imperios și de urgent se impune combaterea, prin toate mijloacele, a acestui flagel, care dintr-o manie s-a transformat într-o veritabilă toxicomanie.

Un alt factor de risc îl reprezintă poluarea atmosferică, fenomen ce explică incidența ridicată a bolilor bronhopulmonare în centrele urbane puternic industrializate și cu intensă circulație a autovehiculelor, unde impurificarea aerului este dată de produșii de ardere ai cărbunelui, de fumul industrial, de gazele de eșapament etc. Dealtfel, anchetele epidemiologice efectuate în întreaga lume consemnează frecvența deceselor prin gripă, pneumopatii acute și tuberculoză în zonele mai poluate și numărul crescut al îmbolnăvirilor prin infecții respiratorii în teritoriile intens contaminate cu diferiți poluanți chimici. În amplificarea morbidității și mortalității prin bronșită cronică, astm bronșic și cancer bronhopulmonar, un rol important revine poluării atmosferice sub formă de aerosoli și gaze, particule de tot felul, care pătrund în întreg arborele bronșic, diminuă funcțiile imunoglobulinelor (globuline cu rol de anticorpi), ducînd în final la lipsa de apărare a organismului. Referindu-ne la principalii produși cancerigeni detectați în aer, menționăm că aceștia sînt aproape identici cu cei găsiți în tutun : hidrocarburi aromatice, oxid de carbon, benzpiren, anhidridă sulfuroasă etc.

Deși se vorbește mai mult de poluarea atmosferei orașelor, nu trebuie uitat că aceasta începe de fapt în locuință, unde au fost introduse treptat o serie de produse contaminante de microclimat, sub formă de cosmetice (spray-uri deodorante, lacuri, depilatoare, tincturi capilare etc.), detergenți, insecticide, dezinfectante, produse pentru curățat vesela, mobila și covoarele etc. Se impune, așadar, o folosire a lor cu prudență, deoarece înmulțirea cantitativă a factorilor nocivi din mediul ambiant contribuie indiscutabil la creșterea frecvenței și diversității afecțiunilor respiratorii.

Noxele inhalatorii profesionale, reprezentate printr-un număr considerabil de substanțe, pulberi și particule de dimensiuni foarte mici, care pătrund în profunzime pînă în bronhiolele terminale și al-

veole, constituie factori de risc probat pentru variate domenii productive. Dezvoltarea impetuoasă a industriei moderne, cu sectoare noi de activitate și cu tehnologii complexe, uneori agresive, infestează tot mai mult ambianța atmosferică, lărgind sfera patologiei profesionale. Din fericire, omenirea se află în momentul constatării consecințelor negative ale unor laturi ale revoluției științifice și tehnice și, în bună măsură, aceste efecte nocive sînt limitate de un veritabil arsenal de măsuri tehnico-organizatorice protectoare. De asemenea, alți poluanți profesionali identificați ca „pneumoalergeni" de natură animală (păr, pene, fulgi, lînă), vegetală (polen, in și cînepă, fîn, ricin, bumbac, cereale) și în special de natură chimică (coloranți, clorură de vinil, solvenți, produși ai industriei cauciucului și de medicamente etc.), favorizează instalarea astmului, afecțiune cu repercusiuni economico-sociale severe și cu răsunet asupra vieții personale.

Este recunoscut faptul că expunerile de durată în medii încărcate cu pulberi și particule, rezultate dintr-o serie de medii industriale, prin inhalarea acestora și acumularea în interstițiul pulmonar, favorizează constituirea pneumoconiozelor și a sindroamelor respiratorii obstructive de tip bronșită cronică și emfizem, stări patologice ce pot deschide drumul agresiunii agenților infecțioși, astmatici și cancerigeni, care amenință permanent sănătatea omului.

Dar consecințele fumatului, ale poluării atmosferice și ale noxelor profesionale, sînt condiționate nu numai de intensitatea și durata impactului, ci și de factorii exogeni de ordin climatic. Cercetări întreprinse în diferite țări confirmă cu certitudine că factorii meteorologici : presiunea atmosferică, ionizarea aerului și, în special, intemperiile sezonului rece (umezeală, frig, vînt, ceață) sînt tot atîtea elemente care acționează direct asupra căilor aeriene, favorizînd creșterea incidenței și a mortalității prin afecțiuni ale aparatului respirator, îndeosebi la grupele de populație care sînt mai predispuse la îmbolnăvire.

Ca factori de risc endogeni, demne de reținut sînt stările patologice ale căilor aero-digestive superioare (sinuzita, rinofaringita, vegetațiile adenoide, amigdalita), focare generatoare de infecții descendente ale arborelui traheobronșic. Pe de altă parte, diminuarea rezistenței generale a organismului datorită alcoolismului — problemă socială mondială —, cît și supraaglomerării în locuințe insalubre, navetismului și suprasolicitărilor fizice, folosirii abuzive de medicamente recunoscute ca depresive, precum și datorită unor boli ca ulcerul gastroduodenal, diabetul, hepatita cronică etc. (prin dezechilibrele nutriționale și carențele în proteine și vitamine) contribuie la creșterea morbidității prin bronhopneumopatii acute, boli profesionale și tuberculoză.

Mai pot fi incriminate și leziunile organice provocate de unele stări morbide care precedă și favorizează apariția altor boli ca, de exemplu, virozele respiratorii și gripa (urmate de pneumopatii bacteriene acute și supurații pulmonare), iritația bronșică cronică, cicatricele pulmonare posttuberculoase etc. Tot mai mult evocat în epidemiologia unor boli ca bronșita cronică, tuberculoza sau cancerul bronhopulmonar și consemnat într-un procent mai ridicat în unele familii este terenul „predispus", „receptiv", adică existența unor particularități individuale, legate de factori genetici, transmiși ereditar.

Tot în categoria factorilor de mediu intern, vîrsta și sexul prezintă o importanță semnificativă în condiționarea unor afecțiuni respiratorii. În acest sens menționăm frecvența crescută a bronhopneumopatiilor

bacteriene acute la copii și vîrstnici, datorită slăbirii mecanismelor de apărare naturală, precum și prezența astmului, pneumoconiozelor și supurațiilor la grupele de vîrstă de maximă activitate (30—50 de ani), cauzate de contactul prelungit cu diferiți alergeni și noxe profesionale. În aceeași măsură menționăm și prezența bronșitei cronice și a cancerului bronșic, în special după 50 de ani, cînd poluantul nociv cel mai răspîndit — fumatul — atinge culmile agresivității.

În ceea ce privește tuberculoza, se poate afirma că vîrsta primei copilării (0—4 ani), pubertatea și adolescența (14—18 ani), cu particularități biologice caracteristice, tinerețea (20—25 de ani), cu expunere la diferite excese, eforturi fizice și intelectuale, precum și grupa de vîrstă de peste 50 de ani, datorită uzurii fiziologice și bolilor asociate, sînt perioadele în care se înregistrează niveluri maximale de îmbolnăvire prin această boală. Dealtfel, datele statistice evidențiază că în condiții de infecție și de mediu echivalente, bărbații se îmbolnăvesc de 2—4 ori mai mult decît femeile de boli ale aparatului respirator, factorii de risc care intervin mai intens la bărbați fiind fumatul, alcoolismul și expunerea mai frecventă a acestora în medii nocive.

Multitudinea, varietatea și complexitatea factorilor de risc descriși, care acționează permanent asupra sistemului bronhopulmonar, pun la grea încercare potențialul de apărare locală și generală al organismului. Cunoscîndu-se care sînt acești factori, cum și în ce condiții intervin, care sînt modalitățile de apărare și de reacție ale organismului, precum și categoriile de populație mai receptive, se impun o serie de măsuri de combatere și prevenire.

Ca o primă acțiune se conturează net lupta contra tabagismului în toate mediile și prin toate mijloacele posibile, vizînd prioritar copiii, tineretul și femeile. Ea presupune aplicarea cu strictețe a dispozițiilor de interzicere a fumatului în toate aglomerările umane : școli de diverse grade, instituții și localuri publice, fabrici și uzine, unități militare. Angajată în ofensiva pentru limitarea „epidemiei" acestei practici dăunătoare, Organizația Mondială a Sănătății a consacrat anul 1980 luptei internaționale pentru combaterea fumatului sub lozinca : „Alegeți — tutunul ori sănătatea !" Este de datoria noastră, a tuturor : medici, părinți, educatori, organe de conducere din întreprinderi etc. de a interveni ferm pentru interzicerea fumatului, ținînd seama de faptul că atîta vreme cît prevenția antitabagică va rămîne inoperantă, poate fi prevăzută creșterea, în continuare, a frecvenței bronșitei cronice și a cancerului bronhopulmonar.

În ceea ce privește protecția față de ceilalți factori exogeni, prima măsură firească constă în diminuarea sau evitarea contactului cu poluanții atmosferici, indiferent de natura lor. În cadrul acestui obiectiv, profilaxia presupune reducerea, pînă la eliminare, a factorilor de risc din locuință (praf, mucegai, substanțe volatile toxice, animale de casă etc.) și excluderea noxelor respiratorii, folosind instalații de ventilație, măști de protecție, iar în cazul persoanelor receptive se vor organiza locuri de muncă sau ateliere pe cît posibil lipsite de poluanți, pentru a reduce astfel la minimum sau chiar suprima riscul profesional.

Este locul să subliniem că medici de medicina muncii, igieniști, cercetători din laboratoare și institute de învățămînt desfășoară o activitate susținută de prevenire a bolilor pulmonare, concretizată într-un vast arsenal de măsuri tehnico-organizatorice. În acest sens, se evidențiază ca deosebit de util controlul radiologic periodic al categoriilor profesionale expuse și al grupelor de populație cu risc crescut, respectiv persoane care au depășit vîrsta de 40 de ani, fumători, foști bolnavi de tuberculoză, cei cu tulburări respiratorii neglijate sau persistente.

Referindu-ne la grija pentru cei predispuși la contractarea cu ușurință a diferi-

telor afecțiuni respiratorii, aceasta se concretizează prin evitarea încadrării persoanelor respective în activități cu expunere la noxe sau intemperii și orientarea lor către profesiuni lipsite de risc ; în același scop se va schimba locul de muncă, iar în cazul astmaticilor, chiar a localităților de reședință.

Pentru a diminua riscurile expunerilor, legislația muncii este tot mai severă, urmărind reducerea produșilor toxici din aerul marilor orașe și avizînd amplasarea construcțiilor urbane în funcție de intensitatea poluării atmosferice.

Cît privește limitarea acțiunii nocive a factorilor endogeni descriși, aceasta se poate realiza prin : descoperirea și asanarea infecțiilor căilor aeriene superioare, tratarea corectă a unor boli ca ulcerul duodenal, hepatita sau diabetul, executarea programelor de recuperare cu ajutorul exercițiilor de gimnastică respiratorie, precum și prin creșterea rezistenței organismului față de intemperii și de infecțiile bronșice și pulmonare, prin acțiunea factorilor naturali (aer, apă, soare), recunoscută ca fortifiantă.

Pentru îmbunătățirea continuă și îndeplinirea cu succes a tuturor măsurilor cu caracter preventiv prezentate, se impune, ca o necesitate, ridicarea nivelului educativ-sanitar al întregii populații, prin difuzarea de cărți și broșuri de largă audiență, prin conferințe medicale, programe de radio și televiziune adaptate scopului urmărit. În acest fel, se va asigura o informare cît mai completă asupra factorilor de risc care afectează cel mai mult aparatul respirator, în vederea participării tuturor cetățenilor la reducerea poluării atmosferice, pentru a putea respira un aer cît mai curat în locuință, la locul de muncă, în mediul în care trăim și muncim.

Măsurile preconizate pot fi încununate de succes numai dacă cei interesați sînt conștienți de importanța lor. Cunoscînd riscurile reale și posibilitățile de a le reduce sau evita, omul își poate păstra o perioadă îndelungată de timp cel mai prețios bun al său, sănătatea.

Educație

Cînd avea vreo opt sau nouă ani,
tatăl, la o masă mai grozavă,
i-a întins paharul plin cu Drăgășani :
— Bea și tu, băiete, că doar nu-i otravă !

Și-a băut în hazul tuturor...
Tata a scăpat din mînă hățul,
că de-atunci băiatul bea de zor,
după cum i s-a și dat învățul.

Pe la zece ani abia-ncheiați,
tata — fumător cu voce gravă —
i-a întins pachetul cu „Carpați" :
— Ia și tu, băiete, că doar nu-i otravă !

Primul fum a mers ceva mai greu,
pînă cînd i-a dat de gust feciorul
și de-atuncea pufăie mereu,
mai ceva ca plita sau cuptorul.

Azi, într-o rezervă de spital,
tînărul, aflat în stare gravă,
se întreabă-n sine, timp și filial :
— O fi fost sau n-o fi fost otravă ?

ANDREI CIURUNGA

MONOLOGUL fostului fumător

Eu, categoric vă spun,
Că m-am lăsat de tutun
Și-asta nu pe ocolite,
Cu țigările rărite
Sau cu aer de deștept,
Că nu mai trag fumu-n piept,
Ci, am mers pe scurtătură :
N-am mai pus țigară-n gură

Doar în cap de ești căzut
Poți s-afirmi că e plăcut...
Nu mai spun cît m-a costat
Acest blestemat fumat
Că, dacă vorbim pe șleau,
Trei „Dacii" puteam să-mi iau
Și vă-nchipuiți drăcia
Dacă-mi fuma și soția...

Pentru că, de ce să mint ?
Nici plăcere nu mai simt
Și-asta fiindcă de o vreme,
Soața mea de fum se teme
Și cum aprind o țigară,
Mă poftește, scurt, afară
Să nu-i stric aeru-n casă,
Să fumez doar pe terasă,
Sau în curte, sau pe scară,
Sau pe stradă, bunăoară.
Păi, cum vreți, pe treapta scării
Să mai simți gustul țigării ?
Sau, fugind după tramvai,
Chef de fumat să mai ai ?
Și-apoi, pretutindeni vezi
Că n-ai voie să fumezi,
Fiindcă-n orice prăvălie,
Toți fac azi economie
Și-ți spun, în limbaj cursiv,
Că tutunul e nociv
Și că nu e doar un zvon
Că faci cancer din gudron...
Dar chiar mergînd pe teren.
Cînd îți iei bilet de tren,
Dacă să ceri ai uitat
Compartiment de fumat,
Te trezești vecin cu unul
Ce nu suportă tutunul
Și care ți-o spune clar
Să fumezi doar pe culoar...
Păi, să fumezi în picioare,
De-aici pîn-la Satu Mare,

Totuși, mai au unii, iată,
Interes să mă combată.
Mereu aud al lor glas :
„Că mă-ngraș, dacă mă las",
„Că fac burtă, că tușesc",
„Că-i greu astfel să trăiesc".
Imi toacă așa-n urechi
Un cumnat și-un prieten vechi
Și-n cor cu ei un vecin,
Care, cînd la mine vin,
Totdeauna-n drum, precis,
Găsesc debitul închis,
Rămînînd astfel, vezi bine,
Să fumeze de la mine,
Făcîndu-mă chiar atent,
Dacă n-am cumva un „Kent"
Sau șoptind cu voce joasă,
Să le dau și pentru-acasă,
Să aibă vreo două, trei,
Pînă-și cumpără și ei.
Vreau, ăstora-n orice caz,
Să le spun de la obraz :
— N-am țigări de nici un neam
Și nici nu o să mai am.
Recunoașteți, ce e drept,
Că prea mult m-ați tras în piept ;
M-ați fumat de m-ați uscat,
Uite, d-aia m-am lăsat.

ION VULPESCU

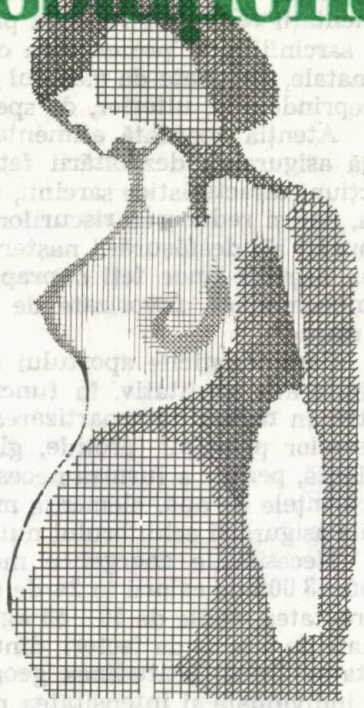
Grija pentru sănătatea copilului începe din perioada gestațională

Printre multiplii factori care stau la baza asigurării unei bune dezvoltări a copilului se include și factorul nutrițional. Rolul nutriției în dezvoltarea proceselor normale de care depinde ansamblul manifestărilor vieții umane la orice vîrstă începe din perioada gestațională.

Vom înțelege mai bine importanța unei alimentații echilibrate în mica copilărie dacă ne vom referi la necesarul crescut de proteine, substanțe energetice (grăsimi și zaharuri), vitamine și săruri minerale pentru complexele procese de creștere și dezvoltare, de intensitate fără egal la această vîrstă a copilăriei.

O conduită nerațională față de problemele nutriționale contribuie la instalarea unor tulburări ale stării de nutriție, cu repercusiuni asupra sănătății.

Dar pentru a înțelege mai bine importanța alimentației raționale în creșterea și dezvoltarea normală a copiilor, ne-am adresat următorilor specialiști: dr. Aurelian Constantinescu de la Institutul pentru ocrotirea mamei și copilului, dr. Emil Căpraru, conf. dr. Valeriu Popescu, dr. C. Arion și dr. D. Dragomir de la Spitalul de copii „23 August".



ALIMENTAȚIA RAȚIONALĂ A FEMEII ÎN TIMPUL SARCINII

DR. A. CONSTANTINESCU
MEDIC PRIMAR
DE OBSTETRICĂ și GINECOLOGIE

Datele de observație și rezultatele cercetărilor medicale au arătat că, în sarcină, regimul alimentar trebuie să țină seama de necesitățile nutriționale crescute ale organismului atît sub aspect cantitativ, cît și calitativ,

alimentația reprezentînd o verigă principală în cadrul numeroaselor măsuri menite să conducă la obținerea unui produs de concepție sănătos.

Printre principiile generale ale unei alimentații raționale, unanim recunoscute astăzi, putem menționa :

- respectarea obiceiurilor alimentare ale femeii, determinate atît de tradiție, cît și de preferințele sale ;
- adaptarea alimentației la particularitățile evoluției fiecărei sarcini ;
- respectarea unor reguli de igienă alimentară absolut necesare, dintre care cele mai importante sînt : repartizarea judicioasă a meselor, respectarea orelor de masă și păstrarea repausului postprandial ;
- interzicerea folosirii băuturilor alcoolice și limitarea consumului de cafea ;
- creșterea globală a rației calorice, care va fi moderată și progresivă, în funcție de vîrsta cronologică a sarcinii.

La îndeplinirea vechiului deziderat medical privitor la trecerea femeii prin perioadele de reproducere și de creștere a produsului de concepție fără nici o alterare a stării ei de sănătate și în concordanță cu o perfectă dezvoltare fizică și psihică a viitorului copil contribuie și asigurarea unei alimentații raționale. Aceasta presupune o supraveghere continuă în timpul sarcinii, prin prezentarea cel puțin lunară a gravidei la consultațiile prenatale, efectuate de medicul generalist al dispensarului teritorial sau de întreprindere și, ulterior, de specialistul obstetrician-ginecolog.

Atenția acordată alimentației corecte a gravidei are în vedere pe lîngă asigurarea dezvoltării fetale armonioase și evitarea apariției unor afecțiuni caracteristice sarcinii, urmărind nu numai un cîștig ponderal matern, dar și reducerea riscurilor obstetricale. Aceste riscuri sînt legate de tulburări ale desfășurării nașterii la unele gravide cu obezitate, de dificultatea nașterii unor feți supraponderali și de accidentele infecțioase sau tromboembolice, favorizate de o creștere excesivă în greutate a viitoarei mame.

Caracteristicile aportului nutrițional în cursul sarcinii normale sînt definite atît cantitativ, în funcție de necesitățile suplimentare, cît și calitativ, în raport cu repartizarea procentuală în rația alimentară zilnică a diverselor principii (protide, glucide, lipide), la care organismul matern apelează, pentru a furniza necesarul de calorii. În plus, se va ține seama și de cerințele de apă, elemente minerale și vitamine, componente indispensabile asigurării echilibrului nutritiv gestațional.

Necesitățile energetice medii în sarcina normală sînt apreciate la 2 500—3 000 de calorii în 24 de ore pentru o femeie cu înălțimea de 1,60 m și greutatea medie de 50—55 kg. Variațiile față de aceste valori sînt determinate de o serie de factori, dintre care trebuie avuți în vedere : vîrsta, activitatea fizică, latitudinea geografică, climatul, particularitățile metabolice individuale și intensitatea pierderilor cutanate, în mod normal accentuate în timpul sarcinii. În aceste condiții, aportul caloric suplimentar pe care o femeie gravidă trebuie să-l primească în cursul celor 40 de săptămîni de gestație însumează 27 000±3 000 calorii, aport care va fi mai redus pînă la sfîrșitul săptămînii a 12-a, moderat între a 13-a și a 24-a săptămînă și crescut între a 25-a și a 40-a săptămînă de sarcină.

Avînd în vedere rația calorică sporită, creșterea în greutate a gravidei pe întregul parcurs al unei sarcini normale trebuie să fie cuprinsă între 9,3 și 11 kg. Acest cîștig ponderal față de greutatea dinaintea sarcinii este realizat de obicei progresiv : 3 % în primul trimestru, 6 % în trimestrul II și 11—12 % în cursul ultimului trimestru de gestație.

Din punct de vedere calitativ, o alimentație rațională în timpul sarcinii presupune o repartizare zilnică corectă a principiilor alimentare. Astfel, cantitatea totală de proteine necesară zilnic este cuprinsă, în medie, între 90 și 120 g pe 24 de ore, iar creșterea aportului de proteine peste aceste limite, acceptată uneori, este considerată inutilă la gravidele normale și chiar periculoasă, în cazul existenței unor afecțiuni renale înainte sau în timpul sarcinii. Necesarul de aminoacizi esențiali este asigurat prin ingerarea *proteinelor* de origine animală, care trebuie să reprezinte 2/3 din aportul proteic total al gravidei. Studii recente au arătat că proporția proteinelor vegetale poate să crească pînă la 80—85 %, în condițiile unei evoluții normale a sarcinii.

Glucidele trebuie să reprezinte 50 % din valoarea calorică a rației alimentare, ceea ce corespunde unui aport de 300 g pe 24 de ore. Necesarul de glucide trebuie să fie diversificat și acoperit în special prin ingerarea de alimente vegetale cu absorbție lentă (cereale, legume, fructe), care conțin glucoză, fructoză, zaharoză, și amidon și care nu provoacă o creștere a glicemiei. Glucidele de origine animală sînt reprezentate de lactoză (lapte) și glicogen (ficat). În mod obișnuit, în cadrul consultației prenatale se recomandă gravidei evitarea folosirii glucidelor cu absorbție rapidă, cum ar fi dulciurile concentrate, care determină creșterea importantă postprandială a glicemiei și unele tulburări metabolice.

Lipidele au un rol energetic deosebit în sarcină, datorită valorii calorice mari. Aportul lor trebuie să reprezinte pînă la 20—30 % din valoarea calorică a rației alimentare pe 24 de ore, respectiv 70—90 g pe zi, jumătate din acestea trebuind să fie constituite din substanțe grase de origine animală (lapte și derivate, ouă, viscere). O alimentație rațională, cuprinzînd o cantitate suficientă de grăsimi, contribuie la asigurarea necesarului de acizi grași esențiali (polinesaturați) și la absorbția digestivă normală a vitaminelor liposolubile. Un aport excesiv de grăsimi (peste 90 g pe zi) are un efect nefavorabil asupra organismului matern, determinînd o creștere ponderală excesivă în timpul sarcinii, amenințînd gravida de obezitate.

Aportul de lichide necesar este apreciat în medie la 1,5 l în 24 de ore, cantitate care include, alături de lapte și apa propriu-zisă, sucurile proaspete de fructe, adevărat izvor de sănătate pentru organismul femeii gravide. Acestea reprezintă o sursă bogată de vitamine și în special de vitamina C, săruri minerale și glucide, ușor absorbite și asimilate de organism. Se preferă ca aceste sucuri să fie consumate imediat, în stare proaspătă, pentru a nu se oxida vitaminele și pentru a nu se degrada prin procesul de fermentație. Băuturile alcoolizate sînt contraindicate, datorită toxicității lor pentru făt, cunoscîndu-se riscul alcoolismului fetal în cazul unui consum sistematic de 0,5 l de vin pe zi.

Nevoile de sare ale organismului matern variază în funcție de vîrsta sarcinii și nu trebuie să depășească 5—10 g în 24 de ore. Consumul individual este determinat de factori comportamentali (se știe că la om, ingerarea sării nu este în funcție de acoperirea nevoilor reale, ci de „gustul" pentru sare creat în mod artificial, ceea ce deosebește comportamentul alimentar uman față de cel al celorlalte mamifere), de obiceiurile culinare și de utilizarea excesivă a unor preparate pentru conservarea cărora a fost utilizată sarea. Din acest punct de vedere, se recomandă folosirea preferențială a alimentelor conservate prin congelare. Oricum, este bine să se știe că un consum exagerat de sare pe perioada sarcinii poate provoca o

retenție hidrosalină și dacă aceasta este mult crescută, ea va determina o scădere a elasticității și a forței de contracție în timpul travaliului. Din acest motiv, se recomandă scăderea aportului de sare în ultimele două luni de sarcină.

Sarcina și nașterea sînt împrejurări în care consumul de fier al organismului femeii este foarte crescut. Luînd în considerare că rezervele materne de fier reprezintă aproximativ 300 mg și că regimul alimentar normal conține 10—20 mg fier din care numai 10—20 % este absorbit, apare obligatorie necesitatea suplimentării prin aport medicamentos, în mod special în cazul femeilor care au născut de mai multe ori sau au avut sarcini la intervale mai mici de 18—24 de luni. Cum necesarul de fier este de 6—7 mg zilnic în ultima jumătate a sarcinii, se recomandă administrarea a 30—60 mg fier pe zi în ultimele două trimestre de gestație și pe întreg parcursul alăptării, în asociere cu vitamina C, care favorizează absorbția fierului.

Nevoile de fosfor și calciu sînt crescute în timpul graviditații, în special în cursul ultimului trimestru de sarcină, cînd se produce mineralizarea scheletului fetal. Este știut că un aport insuficient de calciu se răsfrînge negativ asupra copilului printr-o insuficientă calcificare osoasă, predispoziție la rahitism și prin lipsă de dezvoltare musculară. O alimentație normală, incluzînd și preparatele lactate, conține un aport fosfo-calcic suficient. De aceea, nu se recomandă suplimentarea cantitativă a calciului, ci mai degrabă asigurarea unei rații echilibrate în ceea ce privește conținutul în calciu, fosfor și vitamina D, cunoscute fiind interrelațiile funcționale ale acestor trei principii. Laptele și brînzeturile sînt în mod special recomandate, avînd un raport fosfo-calcic optim.

Aportul oligoelementelor (iod, fluor, magneziu, cupru, zinc), ca și al vitaminelor, elemente constitutive ale diferitelor sisteme enzimatice, va fi asigurat în condițiile unei alimentații variate. Nevoile zilnice de vitamină A și în special de vitamine din grupa B sînt și ele crescute, apreciindu-se la 2—3 mg pe zi, cantitate asigurată de o alimentație bogată în produse de origine animală, precum și de pîine integrală, drojdie de bere, alune, nuci. De asemenea, pentru menținerea unui nivel normal de vitamina C, se recomandă administrarea unei cantități suplimentare, în special în ultimele 3 luni de sarcină, care va fi asigurată prin consumarea de fructe (citrice), legume verzi și cartofi.

Necesarul de vitamină D a fost evaluat la 400 u.i., astfel încît, ori de cîte ori expunerea la soare este insuficientă, îndeosebi în cursul iernii, apare justificată suplimentarea sistematică a acesteia cu încă 400—500 u.i. zilnic, între a 37-a și a 40-a săptămînă de sarcină.

O mențiune specială trebuie făcută în legătură cu acidul folic (vitamina B_c), a cărui carență se poate observa frecvent la marile multipare sau la femeile cu o succesiune rapidă a sarcinilor. La aceste gravide se impune, pentru acoperirea nevoilor, apreciate la 200—400 micrograme pe 24 de ore, alături de un regim alimentar bogat în carne, ficat, spanac și un aport medicamentos oral de 1 mg pe zi.

Toate aceste elemente de dietetică rațională în graviditate atrag atenția asupra multitudinii factorilor nutriționali care trebuie avuți în vedere, dar, în același timp, asupra faptului că un regim alimentar diversificat, corespunzător cantitativ, dar mai ales calitativ, realizează un aport suficient pentru buna desfășurare a sarcinii, cu excepția fierului și, în anumite împrejurări, a acidului folic și a vitaminei D.

superioritatea alimentației naturale

DR. EMIL CĂPRARU

Superioritatea biologică a laptelui de mamă este o certitudine. Experiența dobîndită de-a lungul timpului referitoare la dezvoltarea optimă a speciei umane a demonstrat că trebuie respectate legile naturii.

Laptele de femeie se deosebește de cel de vacă atît din punct de vedere biochimic, cît și al fiziologiei digestiei.

In timpul sarcinii, există o legătură biologică între mamă și făt : mama își hrănește fătul prin intermediul placentei. La naștere, odată cu tăierea cordonului ombilical, fătul este separat de mama sa, se produce trecerea de la viața intrauterină la cea extrauterină, cînd, se știe, organismul este supus celor mai bruște și mai mari transformări din cursul întregii sale existențe. Din acest moment, fătul trebuie să se adapteze la alimentația cu lapte.

„Laptele și dragostea de mamă nu se pot înlocui".

Alimentul cel mai potrivit pentru nou-născut în primele zile este colostrul, care conține atît constituente cu mare valoare nutritivă, cum sînt : proteinele, lactoza, grăsimile și sărurile, cît și substanțe cu rol în apărarea organismului (anticorpi). De aceea, alimentația naturală reprezintă pentru primele luni de viață cea mai importantă măsură de prevenire a bolilor la sugar.

Laptele matern garantează o bună dezvoltare a sugarului, fiind singura hrană care se digeră ușor, cu o solicitare minimă din partea organismului acestuia. Concentrația diferitelor principii nutritive din laptele matern și raportul dintre ele și compoziția lor biochimică sînt total adecvate funcțiilor digestive și excretorii încă nematurate

ale sugarului mic. În același timp, este singurul lapte care conferă maximum de securitate, deoarece ajunge în organismul copilului direct, curat, steril.

Copilul hrănit exclusiv la sîn nu va suferi de infecții intestinale de origine alimentară, iar prin faptul că acest lapte este consumat crud, se păstrează intacte vitaminele și sărurile minerale.

Studiile efectuate în domeniul alimentației sugarului au pus în evidență superioritatea certă a laptelui matern, demonstrînd deosebiri importante cantitative și calitative în ceea ce privește conținutul în proteine, lactoză și săruri. În plus, grăsimile laptelui de mamă se caracterizează printr-un conținut relativ ridicat în acizi grași nesaturați (în special acid linoleic și acid oleic), în timp ce în grăsimile laptelui de vacă domină acizi grași saturați cu lanț lung (acid palmitic și stearic), greu digerabili de sugar.

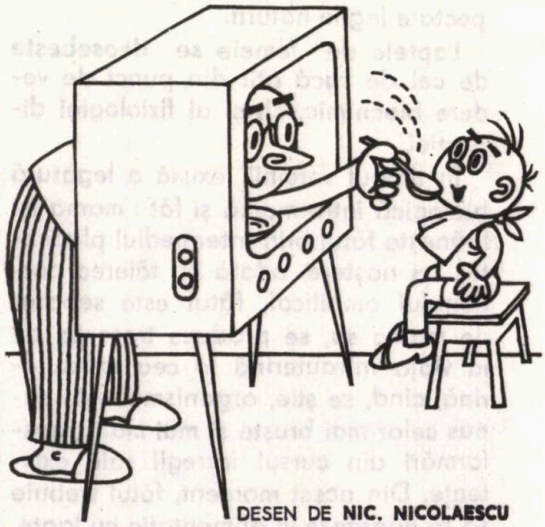
Dar laptele de mamă oferă și o importantă protecție împotriva infecțiilor. În ultimul timp au fost elucidați unii factori de care este legată protecția antiinfecțioasă. Imunoglobulina A (IgA) conferă mucoasei intestinale o protecție pasivă împotriva infecțiilor, iar acidul linoleic favorizează imunizarea activă. La protecția antiinfecțioasă mai participă și acidul neuraminic, lizozimul, lactoferina și factorul bifidum, substanțe care lipsesc sau se găsesc în cantitate foarte mică în laptele de vacă. Dealtfel, în ceea ce privește morbiditatea prin infecții digestive, statistic s-a demonstrat că sugarii alimentați artificial se îmbolnăvesc mult mai frecvent în primele 4–5 luni de viață.

O importanță majoră în alimentația naturală a sugarului o constituie factorul psihic. Prin actul alăptării se creează o legătură afectivă între mamă și copil, legătură care conferă satisfacția deplină a maternității.

Considerăm necesar să subliniem și faptul că un număr îngrijorător de mame refuză de a alimenta sugarul la sîn. Teama de a-și pierde silueta prin alăptare este total neîntemeiată atîta timp cît vom evita supraalimentația. Dealtfel, uterul și organele abdominale revin mai repede la volumul inițial la mamele care alăptează.

Pentru a pune în evidență importanța alimentației naturale, un cunoscut pediatru suedez spunea : „Laptele de mamă este alimentul ideal pentru sugar. El reprezintă un dar unic al naturii, care a fost decisiv pentru supraviețuirea omenirii. El este încă decisiv pentru cei mai mulți din cele 120 de milioane de copii care se nasc anual în lume. Este absolut la fel pentru toți, fie săraci, fie bogați. În afară de cîteva excepții, este cel mai valoros aliment din punct de vedere calitativ..."

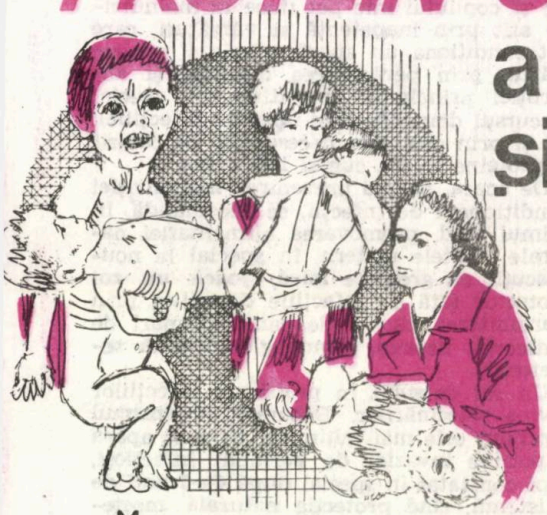
FĂRĂ CUVINTE...



DESEN DE **NIC. NICOLAESCU**

MALNUTRIȚIA PROTEIN-CALORICĂ a sugarului și copilului mic

CONF. DR. VALERIU POPESCU



Malnutriția sugarului și copilului mic constituie un aspect major al patologiei pediatrice, fiind, în același timp, și o cauză de mortalitate infantilă.

Pentru a desemna tulburările determinate de carența de proteine și/sau calorii, Organizația Mondială a Sănătății a propus denumirea de malnutriție protein-calorică.

Se consideră că o treime din populația globului este formată din copii și două treimi din aceștia sînt malnutriți.

În mod obișnuit, se apreciază că un copil este malnutrit după aspectul său exterior și după curba greutății. Efectele unei alimentații care nu mai acoperă nevoile organismului devin evidente încă de la vîrsta de 3—4 luni. Chiar de la început, copiii își pierd vioiciunea, sînt impasibili sau devin neliniștiți și plîngăreți.

Apreciind după gradul de diminuare a țesutului grăsos subcutanat și după pierderea în greutate și încetinirea ritmului de creștere staturală, se disting trei grade în evoluția malnutriției protein-calorice, corespunzătoare formelor: ușoară, medie și gravă.

În faza severă a malnutriției protein-calorice se înregistrează o curbă ponderală, constant și rapid descendentă, încetinirea ritmului dezvoltării staturale, scăderea masei musculare, ridarea pielii, care atîrnă în falduri, un facies „bătrînicios" cu privirea vie, tulburări neuropsihice discrete, precum și întîrzierea apariției dentiției și a maturării osoase. Frecvent, se asociază semne de rahitism și anemie prin carență de fier.

Printre factorii care condiționează instalarea malnutriției subliniem: prematuritatea și greutatea mică la naștere, alimentația incorectă a sugarului (fie ea naturală sau artificială, folosindu-se concentrații sau diluții necorespunzătoare ale laptelui de vacă, menținerea alimentației lactate peste vîrsta indicată, excesul de făinoase, diversificarea tardivă și inadecvată a alimentației), infecțiile repetate și/sau cronice (digestive sau parenterale), malformațiile și afecțiunile care au repercusiuni asupra alimentației (malformațiile cavității bucale, paraliziile cerebrale, bolile congenitale de cord) sau asupra digestiei și absorbției principiilor nutritive (intoleranțe congenitale și cîștigate la dizaharide — lactoză, zaharoză — sau la gliadină — proteină separabilă din glutenul grîului). De asemenea, mai pot fi incriminate și condițiile nefavorabile de mediu socio-economic sau familial.

Specialiștii din întreaga lume sînt de părere că rezolvarea flagelului malnutriției sugarilor și copiilor poate fi realizată numai prin măsuri profilactice complexe. De aceea, pentru promovarea stării de sănătate a sugarului și copilului și pentru asigurarea unui ritm normal de creștere și dezvoltare, medicina modernă a inițiat o serie de măsuri, care trebuie să înceapă cu urmărirea evoluției sarcinii și cu crearea unor condiții optime mamei pe toată perioada gestației.

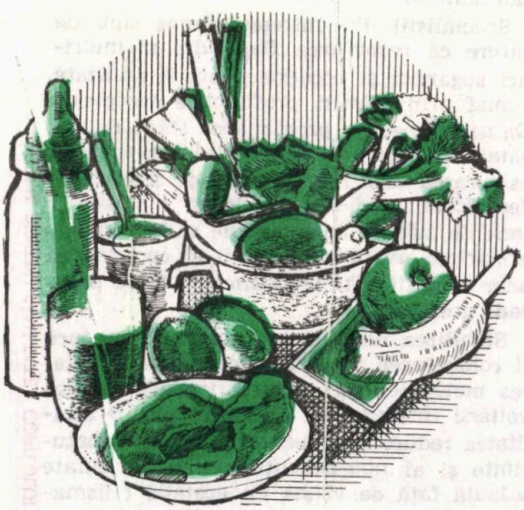
Stabilirea riscului de naștere prematură și combaterea acestuia, precum și utilizarea metodelor care permit urmărirea dezvoltării intrauterine a fătului dau posibilitatea reducerii procentajului de prematuritate și al nou-născuților cu greutate scăzută față de vîrsta de gestație (dismа-

turi). Datele statistice demonstrează că fiecare al treilea sugar cu malnutriție a avut o greutate mică la naștere.

O atenție deosebită se va acorda urmăririi dezvoltării acestor copii de către cadrele medico-sanitare și în mod special a copiilor care locuiesc în condiții igienice precare, a celor care aparțin unor familii dezorganizate sau ale căror mame nu sînt suficient de instruite. De asemenea, este obligatorie evidența copiilor care prezintă situații speciale : copii alimentați artificial, prematuri, copii cu malformații congenitale (malformații buco-maxilo-faciale, paralizii cerebrale, cardiopatii congenitale), precum și copii cu boli congenitale de metabolism, cu mucoviscidoză etc.

Se va prefera alimentația naturală, cel puțin în primele 3 luni de viață. Dealtfel, se știe că laptele matern garantează o dezvoltare optimă a copilului. Pe lîngă faptul că este mai bine tolerat, ferește copilul de infecții atît prin anticorpii pe care îi conține, cît și prin aceea că este steril atîta timp cît sugarul este alimentat direct la sîn. În cazul alimentației artificiale, este indicată folosirea preparatelor adaptate (umanizate), cum ar fi : Humana 1 și 2, Similac și parțial adaptate, cum ar fi : Luci (preparat românesc), Robebi A, Robebi B, Humana Baby Fit. Aceste preparate au avantajul că sînt apropiate de compoziția laptelui matern.

Diversificarea alimentației se va începe la 4—5 luni, motivată fiind în special de aportul de fier. Este de dorit ca mamele să prepare singure prînzurile diversificate, folosind alimente bogate în proteine animale și vegetale și să apeleze mai puțin la produsele care au un conținut redus de proteine, fiind mai bogate în hidrocarbonate.



Dată fiind relația care există între starea de nutriție deficitară a copilului și scăderea apărării antiinfecțioase, un loc principal în prevenirea malnutriției sugarului și copilului mic revine tratamentului adecvat al infecțiilor la această categorie de copii. Dealtfel, se știe că infecțiile sugarului și copilului mic pot duce la malnutriție atît prin inapetență și vărsături, care pot condiționa un aport caloric și proteic scăzut, prin perturbarea digestiei și absorbției principiilor nutritive (în special în cursul diareelor care însoțesc infecțiile), cît și prin creșterea necesarului de calorii și proteine în tot cursul infecțiilor.

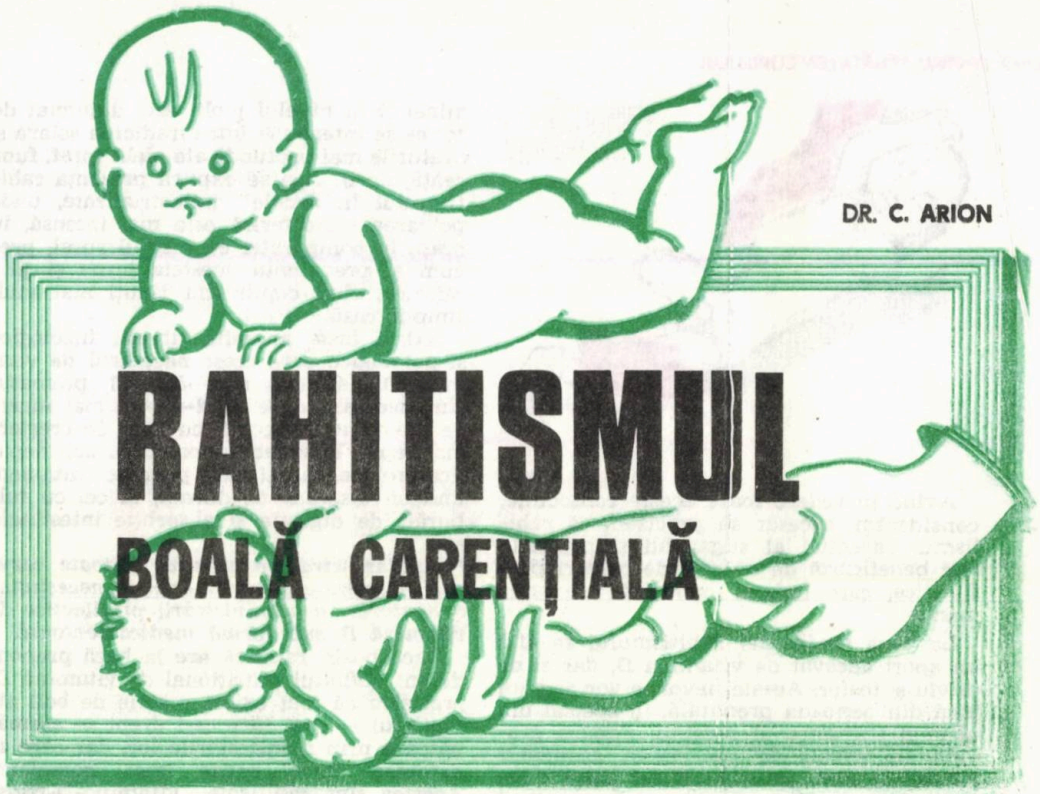
De aceea, pentru prevenirea malnutriției condiționată de infecții, se recomandă, în primul rînd, promovarea alimentației naturale (laptele matern, în special la nounăscuții cu greutate mică, joacă un rol protector față de infecțiile digestive, prin transmiterea pasivă de cantități mari de anticorpi, lizozim, imunoglobuline A secretorii).

Un rol deosebit în profilaxia infecțiilor revine vaccinărilor. Deoarece organismul copilului este mai puțin apt de a se apăra împotriva invaziei de germeni infecțioși, fapt constatat în special după 4—6 luni de existență, cînd protecția naturală moștenită de la mamă se pierde, este absolut obligatoriu ca toți copiii, și în special cei cu risc crescut de malnutriție, să primească următoarele vaccinuri : BCG, antipoliomielitic, antidifteric, antitetanic, antipertusis, antirujeolic.

De asemenea, în cursul bolilor febrile se impune o dietă adecvată (hidratare, aport caloric, proteic și vitaminic corespunzător).

Cu ocazia vizitelor profilactice sau ale celor medicale de rutină, făcute la domiciliu, se vor evalua creșterea și dezvoltarea sugarului și a copilului mic, inițiindu-se imediat măsuri de recuperare nutrițională: la domiciliu, în formele ușoare, și în unități spitalicești, în formele severe. Pentru a preveni riscul recăderilor, se impune o dispensarizare corectă a convalescenților după formele grave de malnutriție. Dacă este cazul, se vor corecta și alte deficiențe nutriționale asociate, cum ar fi : rahitismul carențial, anemia feriprivă, avitaminozele etc.

Un rol major în combaterea malnutriției revine însă educației sanitare. Mama va trebui să dea dovadă de dragoste și interes în a-și însuși cît mai multe cunoștințe legate de problemele nutriționale ale copilului, să țină legătura cu dispensarul de copii, să aplice măsurile de igienă impuse de organismul sensibil și lipsit de apărare al copilului mic și să creeze în familie un climat favorabil creșterii unui copil sănătos și viguros.



DR. C. ARION

RAHITISMUL

BOALĂ CARENȚIALĂ

Una din afecțiunile carențiale frecvent întîlnite la sugarul și copilul mic și care interesează predominant scheletul o reprezintă rahitismul. Lipsa vitaminei D antrenează o tulburare a absorbției și a fixării calciului la nivelul oaselor în creștere, ducînd la deformarea lor, chiar și sub acțiunea forțelor reprezentate de propria greutate corporală.

Încă de la început subliniem că rahitismul nu are numai importanță estetică, deformările craniene, ale toracelui, hipotonia musculaturii abdominale (care creează aspectul de „abdomen de broască") și deformările membrelor inferioare (cu denumirea populară de „picioare în paranteză" sau „picioare în X") fiind suficient de redutabile și supunînd copilul la multe suferințe.

Practica medicală și cercetările efectuate în ultima vreme au demonstrat că există numeroase aspecte de gravitate ale rahitismului, întîlnite îndeosebi la sugarul și copilul mic (1—3 ani), dintre care demne de menționat sînt :

- întîrzierea creșterii corporale, care, atunci cînd carența se extinde și la alte vîrste, poate să conducă la înălțimea redusă a copilului ;
- scăderea rezistenței față de infecții, în special față de cele determinate de virusuri, care au o frecvență crescută și o evoluție îndelungată, precum și față de infecțiile determinate de bacterii, îndeosebi cele pulmonare (bronhopneumonii), cu o evoluție trenantă și gravă ;
- întîrzierea în dezvoltarea motorie și psihică, reversibilă printr-un tratament corespunzător, dar care limitează posibilitățile de adaptare ale copilului la mediul social.

Adesea, rahitismul se asociază cu alte carențe alimentare : de proteine, de fier, de vitamine, dar și cu o alimentație hipocalorică. Uneori însă afectează copii cu o stare de nutriție bună, la care s-a neglijat acea componentă alimentară, de care depinde producerea rahitismului — vitamina D.

Rahitismul poate fi observat între lunile 3 și 18. Tabloul clinic este dominat — după cum s-a arătat — de manifestări osoase, la care se adaugă hipotonia mușchilor. Precizăm că deformările osoase nu sînt dureroase și ele se observă în special în regiunile de creștere mai activă. În acest sens, menționăm întîrzierea în închiderea fontanelei, care în mod normal are loc între lunile 12 și 18, iar la torace sînt caracteristice așa-numitele „mătănii costale", formate la locul de întîlnire dintre cartilaje și oasele costale. Datorită hipotoniei mușchilor respiratori și abdominali, se evidențiază proiectarea anterioară a sternului și o lărgire a bazei toracelui. În general, coloana vertebrală este mai rar afectată, însă datorită hipotoniei mușchilor spatelui, se poate instala o cifoză dorsolombară.

Avînd în vedere toate aceste consecinţe, considerăm necesar să precizăm că rahitismul carenţial al sugarului şi copilului mic beneficiază de o serie de măsuri profilactice, care trebuie cunoscute de orice mamă.

La baza profilaxiei rahitismului se află un aport adecvat de vitamina D, dar şi de calciu şi fosfor. Aceste nevoi se vor asigura încă din perioada prenatală, în special din ultimul trimestru al sarcinii. Femeia gravidă are nevoie de un regim alimentar echilibrat, care să-i aducă cel puţin 1 500 mg calciu pe zi, lucru uşor de realizat printr-un regim bogat în produse lactate.

Dar profilaxia rahitismului trebuie continuată şi postnatal. Conform indicaţiilor actuale prima doză de vitamină D se administrează nou-născutului în maternitate. Se ştie că alimentele primite de sugarul şi copilul mic nu reuşesc să asigure necesarul zilnic nutriţional de vitamină D, acesta cifrîndu-se, în medie, la 800—1000 u.i./zi la sugar. Conform datelor actuale, aceleasi indicaţii rămîn valabile şi pentru copilul mic, pînă la vîrsta de 3 ani, pentru ca apoi, administrarea suplimentară să fie continuată pînă la pubertate, numai în sezoanele reci.

Dacă vom compara necesarul zilnic de vitamină D la sugar cu cantităţile existente în alimentele pe care le primeşte la această vîrstă, reiese că acest necesar nu poate fi acoperit decît dacă se consumă cantităţi enorme de alimente, incompatibile cu o alimentaţie normală (20—40 litri de lapte matern sau 20—80 litri de lapte de vacă pe zi !).

Este adevărat că expunerea la soare favorizează producerea endogenă de vitamină D, dar în condiţiile climatice de la noi, razele ultraviolete ale soarelui nu sînt suficiente pentru a sintetiza vitamina D, necesară organismului în creştere. Dar acest proces de formare organică a vitaminei D la nivelul pielii este diminuat de tot ce se interpune între iradierea solară şi straturile mai profunde ale pielii (praf, fum, ceaţă, nori). Aşa se explică prezenţa rahitismului în zonele industrializate, unde poluarea atmosferică este mai intensă, în oraşe în comparaţie cu mediul rural, precum şi prevalenţa acesteia iarna şi primăvara, cînd copiii sînt ţinuţi mai mult timp în casă.

Există însă anumite situaţii fiziologice şi patologice care cresc necesarul de vitamină D. Astfel, la nou-născutul prematur sînt necesare doze de 2—3 ori mai mari ; de asemenea, la copiii cu ritm de creştere mai rapid, la sugarii şi copiii cu boli hepatice cronice, la cei care primesc tratament anticonvulsivant de durată, la cei cu tulburări de digestie şi absorbţie intestinală etc.

Aşadar, atragem atenţia că toate cazurile enumerate anterior explică necesitatea obligatorie a administrării profilactice de vitamină D sub formă medicamentoasă.

Dacă boala rahitică are la bază preponderent deficitul nutriţional de vitamină D, precizăm că mai există o serie de boli ale copilului — mai rare ce-i drept — asemănătoare prin manifestările lor, dar care se datoresc unor cauze mai complexe. Acestea sînt rahitisme vitamino-D-rezistente, care necesită administrarea profilactică şi terapeutică a vitaminei D în doze mult crescute.

Dar administrarea vitaminei D atît în scop preventiv, cît şi terapeutic, trebuie strict individualizată, deoarece, ca oricare alt medicament, *nu este lipsită de toxicitate. Utilizată în doze necorespunzătoare, duce la intoxicaţie medicamentoasă, foarte periculoasă, în special în formele grave,* manifestată prin : scăderea marcată a apetitului, oprirea creşterii în greutate, vărsături, deshidratare, afectarea sistemului nervos (somnolenţă pînă la stare de comă şi convulsii), hipertensiune arterială, insuficienţă renală etc.

Din cele expuse, reiese importanţa pe care o prezintă alimentaţia raţională pentru viitoarele mame, legătura care trebuie să existe tot timpul atît între specialistul în ginecologie şi femeia gravidă, cît şi între pediatrul de la dispensar şi tînăra mamă, în vederea unei profilaxii pre- şi postnatale adecvate.

Profilaxia va fi condusă numai de medic şi nicidecum de părinţi, „bătrînii" familiei sau de alţi binevoitori !

OBEZITATEA de origine alimentară la copil și consecințele ei

DR. D. DRAGOMIR

Privită în perspectiva consecințelor sale imediate sau tardive, obezitatea copilului, prin frecvența sa în continuă creștere, constituie în prezent o importantă problemă de sănătate publică pentru majoritatea țărilor dezvoltate ale lumii.

Consecință directă a modului de viață modern, caracterizat sub aspectul bilanțului energetic prin sedentarism și supraalimentație, obezitatea copilului, indisolubil legată de obezitatea adultului, a devenit pentru țările dezvoltate o problemă la fel de îngrijorătoare ca și reversul ei, subalimentația, întîlnită frecvent în țările slab dezvoltate.

Datele statistice actuale demonstrează prezența obezității la toate vîrstele, înregistrîndu-se o continuă creștere în toate țările cu nivel socio-economic ridicat. Dar care sînt criteriile de evaluare a supraponderalității ? Studiile făcute pe grupe mari de populație au permis să se stabilească limitele normale de variație ale greutății corporale ideale raportată la vîrstă, talie și sex.

Ca urmare a ritmului rapid de creștere a tinerei generații, constatat tot mai mult în ultimele decenii, cifrele normale ale taliei și greutății corporale cunosc o lentă, dar continuă deplasare spre valori superioare, această tendință fiind mai importantă pentru țările cu grad înalt de dezvoltare și mai ales pentru cele situate în zona temperată și nordică a Europei.

Odată cunoscute aceste limite normale de variație, obezitatea poate fi definită printr-un exces ponderal care depășește 20% din greutatea corporală ideală corespunzătoare vîrstei și taliei copilului. În funcție de importanța excesului ponderal exprimat procentual față de valorile normale, se disting forme de obezitate ușoară, medie și severă. Dacă în majoritatea cazurilor obezitatea copilului este foarte ușor de recunoscut după aspectul somatic, nu același lucru se întîmplă în cazul în care excesul ponderal se situează sub 20% față de greutatea ideală și cu atît mai mult în gradele ușoare de obezitate. Sesizarea obezității din stadiile inițiale sau chiar premergătoare constituie condiție obligatorie pentru preîntîmpinarea permanentizării sau agravării sale.

Cu toate că riscurile majore pe care le implică obezitatea asupra sănătății apar abia la vîrsta de adult, o supraveghere sistematică a evoluției ponderale a copilului trebuie începută cît mai precoce, deoarece rezultatele cele mai bune în tratamentul obezității se obțin la vîrsta copilăriei. Importanța acestui deziderat este lesne de înțeles dacă ținem seama de faptul că 80—85% din copiii obezi devin adulți obezi, că obezitatea odată constituită și perma-

nentizată este mai greu de tratat şi că există o strînsă corelaţie între obezitate şi morbiditatea prin boli cardiovasculare şi diabet.

Exceptînd inconvenientele de ordin estetic şi problemele psihologice importante pe care le generează, obezitatea mai înseamnă şi un număr considerabil de riscuri pe care le acceptăm chiar de la vîrsta copilăriei. În acest sens este suficient să citäm frecvenţa cu care apar tulburările cardiace şi respiratorii, scăderea capacităţii de efort fizic şi intelectual, modificările de statică sau chiar leziunile degenerative osoase şi articulare.

Copilul obez, devenit adult obez, va prezenta un risc crescut pentru ateroscleroză, hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică, diabet şi litiază biliară, pentru a nu menţiona decît cele mai importante dintre afecţiunile care diminuă semnificativ durata medie de viaţă în aceste condiţii.

A preveni sau a trata obezitatea încă de la vîrsta copilăriei presupune, în primul rînd, cunoaşterea mecanismelor şi cauzelor care o determină. Dealtfel, este uşor de înţeles că obezitatea reprezintă rezultatul dezechilibrului dintre aportul caloric crescut şi cheltuiala energetică mică, avînd drept consecinţă depunerea consecutivă de ţesut adipos în exces.

Factorii cauzali propriu-zişi sînt multipli, nu totdeauna uşor de recunoscut, şi diferă în funcţie de vîrstă, însă cel mai important dintre aceştia rămîne excesul caloric prelungit. Renunţarea la alimentaţia tradiţională la sîn a sugarului, înfăşatul strîns, care împiedică mişcarea liberă a copilului, introducerea precoce a alimentelor solide (sub vîrsta de 4—6 luni), hiperzaharareа alimentelor, utilizarea unor preparate comerciale care prezintă dezechilibre din punct de vedere nutriţional, sînt numai cîţiva dintre factorii care determină instalarea obezităţii încă din primul an de viaţă.

După cum demonstrează cercetările, supraalimentaţia în primul an de viaţă „programează" individul ca potenţial obez la orice vîrstă. Explicaţia constă în faptul că numărul celulelor grase (adipocitele) din organism se stabileşte la această vîrstă odată pentru totdeauna. Tot la această vîrstă se stabileşte definitiv apetitul, prin condiţionarea mecanismelor cerebrale de reglaj al aportului alimentar.

La preşcolar, şcolar şi adolescent, instalarea obezităţii cunoaşte cauze încă şi mai numeroase. Dacă existenţa unui factor ereditar care să condiţioneze obezitatea (în sensul unei predispoziţii metabolice) este încă discutată, ceea ce se moşteneşte în mod sigur este obiceiul alimentar al familiei (preferenţial şi cantitativ). Factorii de mediu social şi familial condiţionează obezitatea prin accesibilitatea sporită la alimente cu valori calorice ridicate. Obiceiul greşit şi atît de răspîndit de a forţa copilul să mănînce tot din farfurie într-un moment în care foamea i-a fost deja satisfăcută poate contribui fie la instalarea obezităţii, fie la instalarea unei reacţii negative faţă de alimentaţie, cunoscută ca anorexie psihogenă. La fel de dăunător este şi obiceiul de a exagera prin a oferi dulciuri copilului, în special preparate de cofetărie. În alte situaţii, cauza unui aport caloric excesiv o constituie trauma psihică (insucces şcolar, schimbări bruşte survenite în mediul familial, intervenţii chirurgicale etc.).

În determinarea dezechilibrului dintre aportul caloric crescut şi cheltuiala energetică minimă, care guvernează apariţia obezităţii, un rol de seamă revine sedentarismului, condiţionat în mare măsură de complexul de factori care definesc modul de viaţă modern. Larga răspîndire a mijloacelor de transport, vizionarea prelungită a programelor de televiziune, orele de studiu, sînt doar cîteva exemple în acest sens.

Odată cunoscute principalele cauze ale obezităţii copilului, se impune luarea unor măsuri preventive. Astfel, la sugar se va prefera alimentaţia la sîn, trecîndu-se la cea artificială numai cînd nu este posibil

altfel, dar totdeauna vor fi respectate riguros diluțiile și gradul de îndulcire a preparatelor din lapte. Introducerea alimentelor solide nu se va face mai devreme de 4—6 luni de viață. Se va evita alimentarea sugarului ori de cîte ori acesta plînge, cauza putînd fi alta și nu foamea propriu-zisă. Înfășarea sugarului trebuie să permită mișcarea liberă a membrelor și a trunchiului. Diversificarea alimentației se va face în conformitate cu prescripțiile medicului, iar după vîrsta de un an, copilul va mînca împreună cu părinții. Niciodată alimentele nu vor fi lăsate la îndemîna copilului, nu se va acorda supliment la deserturile dulci și nici nu va fi forțat să mănînce. În afara celor trei mese principale, copilul va primi două gustări ușoare, constînd, de preferat, din fructe, sucuri sau alimente cu mică valoare calorică.

Orientativ, necesarul caloric este de : 110 calorii/kg/zi în primele 6 luni de viață, 90 de calorii/kg/zi în a doua jumătate a primului an de viață și 60 de calorii/kg/zi pînă la vîrsta de 12 ani.

La orice vîrstă, copilul va fi cîntărit periodic.

Deoarece lipsa activității fizice reprezintă și ea un factor de risc al obezității, copiii vor fi obișnuiți încă de mici să îndrăgească sportul, să facă cît mai multă mișcare în aer liber (jocuri, excursii, mers pe jos sau pe bicicletă, înot). Dealtfel, se știe că activitatea musculară este aceea care „arde" în organism principiile alimentare, iar ceea ce nu se „arde" se va depune, antrenînd tulburări metabolice, ale căror rezultate devin manifeste la vîrsta maturității. Este vorba de : diabetul zaharat, hiperlipoproteinemiile (creșterea unor fracțiuni ale grăsimilor din sînge), ateroscleroza cu toate consecințele sale (degradare intelectuală, infarct de miocard, paralizii).

Dar principalul mijloc de tratament al obezității îl reprezintă dieta hipocalorică, inițiată sub control medical și continuată apoi acasă, asigurîndu-se zilnic necesarul de proteine, substanțe minerale și vitamine necesare creșterii. Exceptînd dietele cîntărite, practicabile numai sub supraveghere medicală, la domiciliu se recomandă un regim alimentar grupat astfel :

- Alimente care trebuie consumate zilnic, cu un conținut proteic de origine animală (carne, lapte, brînză, ouă) și de origine vegetală (morcovi, cartofi, mazăre, spanac, fasole, roșii) ; fructe sărace în zahăr (grepfruturi, pere, piersici, caise). Precizăm că fructele și legumele, pe lîngă faptul că aduc proteine, constituie și principalele surse de minerale și vitamine.
- Alimente ce pot fi date în orice cantitate, avînd un conținut de zahăr sub 5% : vegetale (varză, țelină, conopidă, castraveți, roșii, vinete, dovlecei, ardei gras, salată verde, fasole verde) ; fructe (pepene galben și roșu, piersici, fragi, unele pere și caise). Restul fructelor, avînd un conținut crescut de hidrocarbonate, vor fi date în cantități reduse. În ceea ce privește carnea și preparatele din carne, acestea sînt permise în orice cantitate.
- Alimente care trebuie restrînse : făinoase, cereale, fructe și sucuri cu conținut crescut de zahăr.
- Alimente de evitat : cele cu un conținut crescut de grăsimi și zahăr.

În obezitatea sugarului nu se va urmări oprirea creșterii în greutate, ci doar încetinirea ritmului de creștere, prin administrarea de legume, fructe, proteine de origine animală, de preferință sub îndrumarea medicului.

La copilul preșcolar sau școlar, spre deosebire de adult, postul absolut este periculos și contraindicat.

După revenirea copilului la greutatea normală corespunzătoare vîrstei și taliei, se va urmări ca alimentația să nu permită reluarea excesivă în greutate, modificările făcute în obiceiurile alimentare trebuind să aibă un caracter stabil.

În ceea ce privește tratamentul medicamentos al obezității, atragem atenția că acesta este periculos la copil și nu se recomandă decît în condiții de supraveghere medicală strictă.

Grupaj realizat de :
LUCIA GHEORGHIU

ESCULAP SE AMUZĂ

Soțul se întoarce de la tratament.

– Felicită-mă, spune el soției. Acum sînt complet vindecat de reumatism.

– Mă bucur, dragul meu ! Numai că de-acum nu voi mai ști cînd se schimbă vremea.

*

Doctorul Alexis Carrel obișnuia să spună : „Nevroticul construiește castele în aer ; psihopatul locuiește în ele, iar psihiatrul încasează chiria".

*

Doctorul : Dacă aș considera intervenția chirurgicală necesară, ai avea bani să-mi plătești ?

Pacientul : S-o luăm altfel, doctore ! Dacă ați ști că n-am bani, ați mai considera intervenția necesară ?

*

Soțul : Nu mai cred în ereditate !

Soția : Și, mă rog, de cînd ?

Soțul : E mult de-atunci, încă de cînd mi-ai spus că mama ta a fost mută !

*

– Mă întreb de la care din noi a preluat fiul nostru toate defectele ?

Nu de la mine !

– Normal, tu ți le-ai păstrat intacte !

*

Pacienta : Domnule doctor, ați uitat că de trei minute mi-ați spus să scot limba... ?

Doctorul : Nu, deloc ! Dar am vrut să-mi scriu rețeta în liniște.

*

„Nu mai înțeleg nimic", spuse pacientul dîndu-se jos de pe cîntar. „Am capul greu, simt un pietroi în stomac, picioarele îmi sînt ca de plumb și totuși cîntăresc mai puțin ca înainte".

– De ce arunci medicamentul ?

– M-am dus la medic, pentru că trebuie să trăiască și el. Am luat rețeta, am dat-o farmacistului și i-am plătit, pentru că și el trebuie să trăiască. Acum arunc poțiunea, pentru că trebuie și eu – nu-i așa ? – să trăiesc.

*

Ora două dimineața.

- Alo ! Mamă, tu ești ?

- Da, fata mea ! S-a întîmplat ceva ?

– Nu, nimic deosebit. Vreau numai să-ți cer un sfat. Doctorul mi-a dat o poțiune pentru soțul meu, pe care trebuie s-o ia din trei în trei ore. Acum ar fi momentul s-o ia... dar doarme...

– De ce suferă, dragă ?

– De insomnie.

*

„Sănătatea – spune un vechi adagiu arab – poate fi reprezentată prin cifra 1. Succesul în dragoste, gloria și banii se notează fiecare cu zero. Dacă ai șansa să adaugi toate aceste zerouri după cifra 1, te poți numi fericit. Dar dacă 1 lipsește, toate zerourile nu mai valorează nimic".

*

– Spune-mi, Luci, obrajii roșii sînt semn de sănătate?

– Dar, dragă, asta o știe toată lumea...

– În cazul acesta, obrazul tău sting este într-o stare de sănătate vizibil mai înfloritoare decît cel drept.

*

Un medic, consultat de o doamnă în vîrstă care avea adesea accese de febră întreabă :

– Vă clănțăne dinții în gură cînd vă scutură frigurile ?

– N-aș putea să vă răspund, doctore. De obicei dinții sînt pe noptieră în acele momente.

Culese și traduse de
ELISA MADOLCIU

ESCULAP SE AMUZĂ

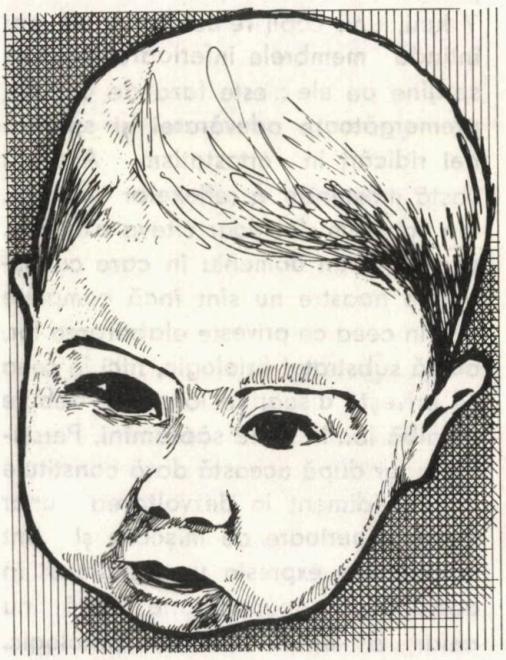
dezvoltarea neuromotorie a copilului

DR. N. ROBĂNESCU

Datele referitoare la creşterea ponderală şi a taliei pe care trebuie să le aibă copilul la naştere sau pe care trebuie să le dobîndească în primele luni de viaţă sînt, în general, cunoscute de fiecare părinte. Mai puţin se cunoaşte despre dezvoltarea neurologică a acestuia.

Mişcările omului, achiziţionarea unor posturi mai dificile, parcurg o lungă şi complicată cale de dezvoltare. Această evoluţie este determinată de maturaţia scoarţei cerebrale, de diferenţierea celulelor nervoase tipice ale celor şase straturi caracteristice speciei umane. Scoarţa cerebrală a nou-născutului diferă de aceea a adultului nu prin numărul de celule, care rămîne acelaşi, ci prin caracterul, mărimea şi conexiunile celulelor nervoase. Un rol important în maturaţia sistemului nervos îl joacă mielinizarea axonilor celulelor nervoase, mielinizare care se produce pe regiuni, în ordinea apariţiei lor filogenetice, şi care se consideră terminată în jurul vîrstei de doi ani.

Dezvoltarea psihică complexă a omului determină ca dezvoltarea sa motorie să fie oarecum diferită de a animalelor. Majoritatea mamiferelor au un comportament motor care se apropie mult de al adultului, încă din primele lor stadii : puiul de girafă se poate ridica în picioare şi poate alerga în cea de a 6-a zi de viaţă ; puiul de cobai se comportă motor ca adultul după o zi, în timp ce omul poate să meargă abia după un an. Referitor la dezvoltarea neuromotorie, un mare neurofiziolog spunea : „Cu cît rolul pe care îl joacă scoarţa cerebrală în dezvoltarea mişcărilor este mai mare, cu atît mai neorganizate sînt mişcările



nou-născutului, cu atît mai prelungită este perioada de dezvoltare a lor şi cu atît mai important este rezultatul final, adică complexitatea şi diversitatea mişcărilor adulţilor".

Copilul se naşte cu un bagaj ontogenetic de reflexe primitive, reflexe necondiţionate, care stau la baza comportamentului său motor în primele stadii ale dezvoltării şi care impulsionează mai tîrziu formele mai complicate de mişcare. Să observăm la copilul de cîteva săptămîni cum întoarcerea capului într-o parte va face ca

membrul superior din partea respectivă să se întindă pe lîngă corp, în timp ce membrul celălalt are tendința să se îndoaie din cot : acesta este un reflex tonic cervical asimetric. Dacă susținem copilul de trunchi și îl așezăm pe un plan tare, el va păși : aceasta nu este un semn de precocitate, ci un reflex primitiv, care trebuie să dispară după cîteva săptămîni. Pe la 5–7 luni, unii copii refuză chiar să mai întindă membrele inferioare și să se sprijine pe ele : este faza de astazie, premergătoare adevăratei și spontanei ridicări în ortostatism. Această vastă moștenire a reflexelor mișcării, din care am dat doar cîteva exemple, constituie un domeniu în care cunoștințele noastre nu sînt încă complete nici în ceea ce privește elaborarea lor, adică substratul fiziologic, nici în ceea ce privește dispariția lor, care trebuie să aibă loc în 2–12 săptămîni. Persistența lor după această dată constituie un impediment în dezvoltarea unor forme superioare de mișcare și sînt considerate expresia unei întîrzieri în dezvoltarea neuromotorie, dacă nu chiar a unui substrat patologic. Această persistență nedorită a reflexelor primitive constituie un element important pentru diagnosticul precoce al leziunilor cerebrale.

Mulți neurofiziologi consideră că dezvoltarea mișcărilor la copilul foarte mic se face după un criteriu ontogenetic : el trece mai întîi prin stadiul amfibian, prin cel reptilian, corespunzînd mișcărilor de tîrîre, apoi prin cel mamalian, al mersului în patru labe și, în sfîrșit, prin stadiul primatelor, stadiul ridicării în picioare, al prehensiunii depline, cu folosirea opoziției policelui. Această secvență filogenetică nu este obligatorie, mulți copii se ridică în picioare înainte de a merge în patru labe, alții nu se tîrăsc, dar aceste etape de dezvoltare sînt deosebit de prețioase pentru tratamentul întîrzierilor motorii. Fiecare nouă achiziție posturală este precedată de apariția reacțiilor de echilibru pentru acel stadiu, ceea ce presupune mai întîi dispariția reflexelor primitive, care pot interfera negativ în acest sens.

Bineînțeles, dezvoltarea neuromotorie nu poate fi considerată ca o evoluție de la sine, determinată exclusiv de reflexe necondiționate. Rolul cel mai important revine însă experienței motorii, cea care contribuie la organizarea funcției cerebrale, care mărește viteza conexiunilor și facilitează răspunsurile precise și complexe necesare dezvoltării umane. Un copil care crește izolat, uitat într-un pat, lipsit de experiența contactelor cu oamenii și cu mediul înconjurător este desigur un întîrziat, care se va ridica tîrziu și care va achiziționa greu reacțiile de echilibru necesare diferitelor posturi. Actele reflexe, condiționate sau nu, se influențează reciproc, contribuie la îmbogățirea experienței senzoriale și, implicit, a cunoașterii, la dezvoltarea morfofuncțională a scoarței cerebrale, la formarea deprinderilor motorii.

Desigur că dezvoltarea neuromotorie cunoaște etape de mare complexitate, prin care unele reflexe primitive dispar, achiziționîndu-se noi posturi sau mișcări. Dintre acestea vom reține :

– Către vîrsta de $2\frac{1}{2}$–3 luni, copilul trece în ceea ce se numește primul stadiu de extensie. La această vîrstă, prin stingerea sau, mai bine zis, con-

trolul reflexelor tonice cervicale, copilul este capabil să-şi controleze poziţia capului fără schimbări de tonus muscular la nivelul membrelor sale. Se rostogoleşte şi, aşezat pe burtă, îşi extinde şoldurile, sprijinindu-se pe antebraţe, cu palmele deschise. Este capabil să-şi menţină capul în sus, urmărind cu privirea ceea ce se petrece în jurul său.

– Către vîrsta de 6 luni, copilul ajunge în aşa-numitul al doilea stadiu de flexie. Acum, între mişcările membrelor inferioare şi superioare, se instalează o oarecare independenţă. El poate să şadă fără sprijin şi cu reacţii de echilibru corecte.

– La 8–9 luni copilul trece în al doilea stadiu de extensie. Dezvoltarea tonusului de extensie a musculaturii coloanei vertebrale ajunge la nivelul la care este capabilă să suporte trunchiul în ortostatism şi odată cu aceasta apare impulsul de a se deplasa pe distanţe mai mari, de a explora mediul înconjurător, chiar dacă mare parte din distanţe le parcurge de-a buşilea. Important în acest stadiu este apariţia reflexului de protecţie, numit „pregătirea pentru săritură", care constă în întinderea braţelor înainte, cu palma şi degetele desfăcute în momentul cînd este împins spre sol. Prin acest reflex, care persistă toată viaţa, individul se apără în cădere ; ortostatismul este de neconceput fără acest reflex.

Evoluţia ulterioară a copilului este la fel de complicată, ea reprezentînd de fapt trecerea de la fazele primare – echivalente ontogenetic primatelor – către poziţia bipedă, cu extensia şoldurilor şi dezvoltarea prehensiunii, ceea ce constituie, din punct de vedere motor, superioritatea speciei umane. Pe tot acest parcurs se perfecţionează echilibrul în posturi din ce în ce mai dificile, se diferenţiază mişcările centurii scapulare şi ale membrelor superioare de cele ale centurii pelvine şi ale membrelor inferioare, se cîştigă abilitate, dispar sincineziile (mişcări automate, involuntare) şi se formează stereotipul dinamic, care nu este identic la toţi indivizii.

Dobîndirea funcţionalităţii motorii, caracteristică omului adult, se face tîrziu, către 6–7 ani, iar unele sincinezii persistă la copii perfect normali, chiar şi după această vîrstă.

Dar pentru a ne face o imagine asupra dezvoltării neuromotorii a copilului, sînt necesare incursiuni în neurofiziologie, auxologie şi chiar în neurologie. În cele prezentate am urmărit numai să atragem atenţia asupra cîtorva parametri, a căror nerealizare ne obligă să consultăm medicul. De asemenea, considerăm util să se ştie că, începînd cu primele săptămîni, copilul trebuie să urmărească persoanele cunoscute din jur, să le recunoască (în jur de două luni), să reacţioneze la stimuli (zgomote, clopoţel, vocea mamei, surse luminoase etc.), să fie interesat de ceea ce se petrece în jurul său. La cîteva săptămîni el trebuie nu numai să plîngă, ci să şi zîmbească, să se bucure. Tot în primele săptămîni ia cunoştinţă de mîinile şi picioarele sale, cu care se joacă.

Toate aceste date constituie criterii importante în aprecierea stării de sănătate a copilului, permiţîndu-ne să depistăm precoce o deficienţă, a cărei corectare va fi cu atît mai posibilă, cu cît tratamentul este instituit în timp util.

ce ascund durerile

abdominale la copil ?

Din marea și variata simptomatologie manifestată de copil, începînd cu perioada de nou-născut și terminînd cu adolescența, durerile cu sediu abdominal reprezintă unul din cele mai frecvente motive de prezentare la medic.

Fie că este moderată sau intensă, localizată sau difuză, intermitentă, recidivantă sau continuă, durerea abdominală, reclamată de copil sau bănuită de anturaj, a constituit dintotdeauna un motiv de îngrijorare pentru părinți. Aceasta cu atît mai mult cu cît modul polimorf de manifestare, vîrstele diferite de apariție, substratul patologic adesea greu de decelat, metodele uneori insuficiente de explorare și diagnostic, dificultățile de cooperare cu micii pacienți, fac din sediul acestor dureri o adevărată „cutie a surprizelor", după cum era denumit abdomenul de către clasicii medicinii.

Fie că durerea este acuzată în mod conștient sau nu, fie că este reală sau imaginară, trebuie să i se acorde maximum de importanță.

Avînd în vedere cele afirmate, cu atît pare mai superficială și mai periculoasă convingerea care a dăinuit multă vreme și care din păcate dăinuie și astăzi, și anume că majoritatea durerilor de origine abdominală sînt cauzate de parazitozele intestinale, frecvent întîlnite în perioada copilăriei.

Chiar dacă parazitozele intestinale ocupă un rol important în producerea durerii abdominale, este eronat să li se acorde prioritate, ignorînd celelalte cauze. O decizie insuficient probată poate să ducă la un diagnostic ireal și, în consecință, la un tratament necorespunzător, ineficient sau chiar dăunător.

Abdomenul poate fi deci sediul unor variate procese patologice, care, mai devreme sau mai tîrziu, au ca numitor comun durerea, de multe ori singurul și primul semn de alarmă.

Durerea cu punct de plecare abdominal traduce o suferință acută sau cronică a organelor abdominale și uneori chiar a altor organe, situate în afara abdomenului. Și cum rezultatele examenului clinic al unui bolnav cu dureri abdominale sînt adesea neconcludente și puțin evocatoare, anamneza capătă în acest context o importanță deosebită, cu atît mai mult cu cît frecvent avem de-a face cu copii foarte mici sau chiar mai mari, dar care nu știu sau nu pot să relateze cu exactitate caracterele suferinței. Numai părinții sînt aceia care vor putea ajuta pe medic în precizarea diagnosticului, orientîndu-l asupra următoarelor caractere ale durerii :

— momentul apariției ;

— localizarea durerii într-o anumită zonă abdominală și/sau iradierea ei în zonele vecine (uneori chiar la distanță de locul de producere) ;

— aspectul durerii (colică, crampă, arsură, apăsare sau greutate) ;

— evoluția în timp ;

— circumstanțe care intensifică sau ușurează durerea, cu precizarea măsurilor întreprinse de bolnav sau de cei din an-

turajul său pentru calmarea suferinței și rezultatul acestor încercări ;

— tulburări asociate (inapetență, grețuri și vărsături, tulburări de tranzit — diaree sau constipație).

Pentru a afirma cu certitudine că durerea are la bază cauze mai adînci și nu traduce numai o stare de disconfort abdominal, posibil după unele mese copioase sau după unele alimente netolerate, ea trebuie să fie suficient de intensă, întrerupînd activitatea copilului, să aibă caracter repetitiv, succedîndu-se la intervale regulate sau cu totul dezordonat.

În ceea ce privește sugarul și copilul mic (1—3 ani), cauzele durerii abdominale sînt variate, atît ca mecanism de producere, cît și ca gravitate.

Durerea abdominală poate fi cronică sau recidivantă, ca aceea din colicile abdominale ; alteori, ea exprimă un simptom acut, instalat brusc și de o gravitate care atrage atenția în mod deosebit.

Colicile abdominale apar de regulă la sugarul alimentat la sîn, în primele săptămîni de viață. Sînt dureri acute, intermitente, recidivante, și apar în timpul sau la sfîrșitul suptului. Sugarul țipă puternic și prelungit, fața i se congestionează, își freacă picioarele, iar abdomenul se balonează.

Adesea, durerile sînt urmate de eliminarea zgomotoasă a unui scaun (de obicei apos, galben), după care copilul se liniștește.

La sugarul alimentat cu un alt tip de lapte decît cel de mamă, colicile abdominale apar mai rar și sînt de obicei legate de tehnica greșită a alimentației (biberon cu orificiu prea mare sau prea mic etc.), de compoziția necorespunzătoare a hranei, de supraalimentație sau de intoleranța sugarului pentru lapte de vacă.

Durerile abdominale violente, instalate brusc, cu tablou clinic dramatic, din care nu lipsesc agitația, febra, vărsăturile, refuzul alimentației și aspectul suferind al feței, sînt apanajul unor stări patologice grave (invaginație intestinală, apendicită acută, peritonită, hernie încarcerată), ce impun prezentarea de urgență a copilului la medic.

Probleme deosebite de diagnostic cauzal și de tratament pune durerea cu caracter neregulat, imprevizibil, care se poate repeta zilnic, săptămînal sau chiar în cursul aceleiași zile. În majoritatea cazurilor însă, durerile sînt localizate în jurul ombilicului și au caracter de crampe sau de pseudocolici, de intensitate medie. Nu sînt corelate cu alimentația, cu scaunul sau cu micțiunea. Pot apărea chiar și în somn. Frecvent, aceste dureri se asociază cu alte semne, cum sînt : constipație sau diaree, balonare abdominală, micțiuni dese, usturime la micțiune, întreruperea jetului urinar, modificări ale aspectului urinei, paloare, crize sudorale, dureri de cap.

La această categorie de vîrstă, cauzele ce pot determina dureri abdominale cronice pot fi : organice (cînd este afectat unul din organele situate în abdomen sau

în apropierea sa) ; metabolice (ca expresie a perturbării unor funcții metabolice); funcționale (cînd există o suferință de organ, fără ca acesta să fie propriu-zis bolnav) și psihogene (suferința deși este simțită la nivelul abdomenului, traduce o tulburare funcțională a sistemului nervos).

Dintre cauzele organice, bolile aparatului digestiv produc constant dureri cu caracter cronic abdominal. Astfel, pot fi întîlnite : apendicita cronică, ulcerul gastric sau duodenal (rar la copilul mic, dar destul de frecvent la vîrsta școlarității și, în special, la adolescenți), traumatisme abdominale cu hematoame consecutive intrahepatice, splenice etc., malformații digestive (diverticulul Meckel ulcerat, boala Hirschprung, hernii hiatale, colită ulceroasă), tumori abdominale diverse (maligne sau benigne) ca : neuroblastomul, boala Hodgkin, hepatoame, polipi digestivi etc.

În producerea unor dureri abdominale mai pot fi incriminate și boli ale aparatului urinar. În majoritatea cazurilor, afectarea renală este obscură, predominînd mai totdeauna semne din sfera digestivă.

Infecția tractului urinar este una din afecțiunile cele mai frecvente și poate surveni încă de la vîrsta de sugar. Cu cît copilul este mai mic, cu atît semnele sînt mai obscure. Sugarii pot prezenta dificultăți în alimentație (lipsa totală a poftei de mîncare), vărsături, diaree, febră, întîrziere în dezvoltare. În afara durerilor abdominale, la acești copii se constată micțiuni dese, însoțite de usturime, cu urini urît mirositoare. Dar cum și la această vîrstă febra și durerea abdominală pot fi unicele simptome, examenul de laborator al urinei devine obligatoriu. Așadar, în prezența unei dureri cronice abdominale, asociată cu modificări ale urinei sau cu tulburări ale actului micțional, se impune efectuarea unui sumar de urină și a minimum 3 uroculturi, în paralel cu alte investigații.

La baza durerilor abdominale mai pot sta : obstrucții ale tractului urinar superior sau inferior cu hidronefroză consecutivă, pielonefrită, asociată adesea cu malformații renale, calculoză renală, de multe ori secundară unei malformații ureterale, precum și tumori ale aparatului urinar.

La fetele aflate la vîrsta pubertății, se va cerceta întotdeauna dacă aceste dureri nu sînt legate de tulburări de ordin menstrual. Obligatoriu, se va efectua și examenul vulvei, pentru decelarea unei eventuale vulvovaginite, care poate să producă dureri în regiunea periombilicală.

Dintre tulburările metabolice cu răsunet abdominal, demnă de menționat este forma abdominală a tetaniei (hipocalcemia), care se manifestă cu contracții ale mușchilor abdominali, vărsături și dureri abdominale. Această simptomatologie traduce o hiperexcitabilitate neuromusculară. De asemenea, în cazul decompensării bolii diabetice sau al nerespectării regimului dietetic și al tratamentului medicamentos de către bolnav, se instalează starea de acidoză diabetică, caracterizată, printre altele, prin tulburări abdominale, apariția stării de deshidratare, cu sau fără vărsături, cu halenă acetonemică (miros al respirației asemănător cu acela de „mere putrede").

O altă afecțiune o reprezintă hiperlipemia idiopatică, boală a metabolismului grăsimilor, caracterizată prin creșterea excesivă a grăsimilor sanguine, în care durerile abdominale pot mima un abdomen acut, ele apărînd cu predilecție după mese ; se asociază cu vărsături repetate și mărirea de volum a ficatului și a splinei.

Nu trebuie ignorată nici porfiria, boală foarte rară și excepțional întîlnită la copil, care evoluează cu crize dureroase abdominale, vărsături, constipație, hipotonie, urine închise la culoare (roșu intens).

Printre cauzele funcționale care pot duce la dureri abdominale cronice, menționăm constipația cronică și parazito-

zele intestinale, destul de frecvent întîlnite la copii. Acestea se manifestă prin lipsa totală a poftei de mîncare sau, dimpotrivă, foame exagerată, dureri abdominale cronice sau recidivante, uneori sub formă de colici (în general, puțin intense), generalizate sau localizate, simulînd apendicita, colecistita sau chiar ulcerul gastroduodenal ; uneori se constată diaree cronică rebelă la tratamentul medicamentos și dietetic. Copiii cu parazitoze intestinale sînt palizi, slabi și uneori prezintă o stare subfebrilă (37,6°—37,8°). Simptome ca : somn agitat, prurit anal nocturn (în special, în cazul oxiurazei) și iritabilitate sînt adesea revelatorii. Dar diagnosticul se precizează fie prin constatarea parazitului în fecale (oxiuri, ascarizi, proglote de tenie), fie prin examen coproparazitologic, repetat de cel puțin trei ori. Pentru giardia se impune tubaj duodenal.

Dar pentru ca tratamentul antiparazitar să fie încununat de succes, se impune, pe lîngă tratarea în paralel a anturajului copilului (adesea neglijîndu-se acest lucru) și îndepărtarea tuturor surselor posibile de infestare.

O altă grupă de cauze care pot determina dureri abdominale sînt cele psihogene. După cele mai recente statistici, se pare că aceste cauze dețin cea mai mare frecvență în producerea durerilor abdominale cronice la vîrsta copilăriei.

În majoritatea cazurilor, durerile abdominale se însoțesc de manifestări ale sistemului nervos vegetativ : apetit capricios, tulburări de comportament (irascibilitate, agresivitate sau, dimpotrivă, pasivitate), tulburări emoționale (anxietate, somn agitat).

În general, acești copii prezintă dificultăți de adaptare în colectivitate, fiind considerați drept „copii problemă". Nivelul intelectual al acestora este însă în limite normale. La o mare parte din acești copii, durerile sînt legate de „stresul școlar", pe care-l suportă cu dificultate, observîndu-se dispariția simptomatologiei pe perioada vacanțelor.

Un rol important în aceste cazuri îl are anamneza, care pune în evidență următoarele :

— un climat familial neadecvat (tensiuni între părinți, familii dezorganizate, părinți alcoolici) ;

— dorința părinților de a impune copilului performanțe care depășesc capacitățile lui ;

— copii care se supraapreciază, încercînd să realizeze rezultate ce depășesc capacitățile lor reale ;

— membri ai familiei care au prezentat dureri cu caracter similar la aceeași vîrstă.

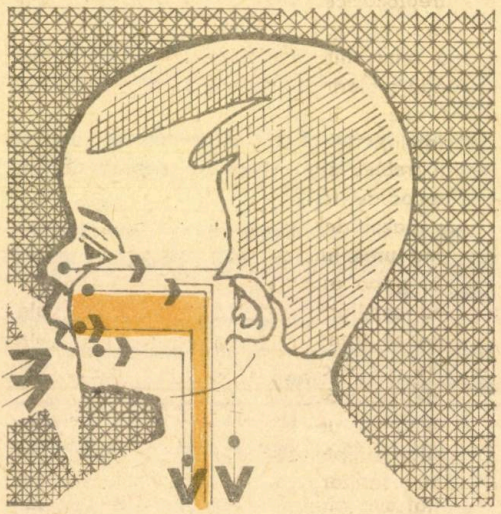
În depistarea și tratarea suferințelor acestor copii este necesară o cooperare strînsă de ordin psihosocial și medical, în care medicul pediatru, familia și școala constituie cele trei verigi, fără de care nici o măsură terapeutică nu-și dovedește eficiența.

Din cele prezentate, rezultă că durerea cu sediul abdominal este o problemă complexă, căreia trebuie să i se acorde toată importanța.

Indiferent că este vorba de o cauză de ordin psihic sau organic, de o suferință metabolică sau parazitară, se impune consultarea, fără întîrziere, a unui medic. Acesta trebuie să fie primul pas către un diagnostic corect și un tratament adecvat, pentru recăpătarea stării de sănătate a copilului și pentru liniștea familiei.

DR. N. CÂMPEAN
SPITALUL DE COPII „CARAIMAN"

să ferim copiii de infecțiile streptococice!



În perioada copilăriei, de la cîteva luni și pînă la vîrsta adolescenței și, în special, odată cu deschiderea școlilor de toate gradele, se întîlnesc foarte frecvent o serie de boli care au drept agent patogen streptococul beta-hemolitic, un microb foarte răspîndit în natură.

Într-adevăr, toamna, dar și primăvara, precum și după fiecare vacanță, odată cu începerea școlilor, se observă o creștere importantă a infecțiilor streptococice. Semnele acestor infecții, modul de răspîndire și prevenirea lor trebuie bine cunoscute, ele fiind importante nu atît pentru gravitatea imediată, cît, mai ales, pentru potențialul pe care îl au în a produce complicații tardive, mult mai severe, cum ar fi leziunile articulare, cardiace și renale, care duc la o infirmitate de lungă durată, uneori pentru toată viața.

Acest microb este adăpostit în nasul și în faringele multor persoane sănătoase, de obicei adulte, care constituie așa-zișii „purtători de streptococ", răspîndind în jurul lor, luni de zile, agentul cauzal al atîtor afecțiuni. Se apreciază că aproximativ 5–10% din populație poate fi purtătoare a acestor microbi. Purtătorii sînt persoane care, cel puțin temporar, au rezistență la îmbolnăvirea streptococică; ei pot transmite însă microbul la alte persoane din jur, care sînt receptive la un anumit tip clinic de boală streptococică. Transmiterea se face pe cale aerogenă, prin mici picături de salivă, încărcate cu streptococ și proiectate în timpul vorbirii, tusei sau strănutului. Persoana care aspiră aceste picături poate deveni, la rîndul ei, un purtător sau poate să contracteze o boală manifestă. Aglomerările de copii întîlnite în condițiile de școlaritate favorizează trecerea cu ușurință a microbului de la o persoană la alta. La rîndul lor, bolnavii neizolați la timp împrăștie în jur microbi în cantități de aproximativ 10 ori mai mari decît purtătorii sănătoși.

Infecția streptococică evoluează în special sub două aspecte clinice: *anginele streptococice* (amigdalite acute) și *scarlatina*.

Anginele streptococice reprezintă manifestarea cea mai frecventă a infecției cu acest germen; ele apar de obicei sub formă epidemică în focare familiale și în special în colectivități. Boala începe brusc, cu febră mare, care durează 4–5 zile, frisoane, indispoziție, dureri la înghițit. Fundul gîtului este roșu, iar amigdalele sînt mărite de volum, pe suprafața lor apărînd depozite albe. Copilul este foarte obosit și nu are poftă de mîncare. De la primele semne, el trebuie văzut de medic, care va indica tratamentul la domiciliu: repaus la pat, gargară cu ceai de mușețel, piramidon, aspirină, regim lacto-făinos și vegetarian. De asemenea, se va administra penicilină timp de cîteva zile în dozele prescrise de medic, aceasta constituind terapia cea mai corectă și eficace a acestor afecțiuni. Administrarea de tetraciclină și sulfamide este total contraindicată. Dacă amigdalita se repetă, este necesar un control al urinei și al vitezei de sedimentare a hematiilor, precum și un consult otorinolaringologic, în vederea unei eventuale amigdalectomii.

Altă formă clinică a infecțiilor streptococice o reprezintă *scarlatina*. Debutul bolii este identic cu cel al unei angine streptococice

și, în plus, copilul mai prezintă vărsături, cefalee, stare generală alterată și tensiune scăzută. A doua zi de la debutul febrei se observă pe corp apariția unei erupții generalizate, sub forma unor mici papule roșii. Fața nu prezintă însă un exantem punctiform, ci o congestie intensă a obrajilor.

În toată perioada eruptivă, febra se menține ridicată, înregistrînd o scădere treptată în 5–10 zile. Tot în această perioadă se mai pot constata modificări circulatorii (tahicardie, hipotensiune arterială), hepatomegalie ușoară (subicter sau chiar icter), atingeri renale (nefrită) și simptome neuropsihice (agitație, delir, convulsii) în formele mai severe.

În aceste cazuri, se impune consultarea de urgență a medicului, care va stabili diagnosticul și va prescrie internarea obligatorie a bolnavului la spitalul de boli infecțioase. Camera în care a locuit copilul bolnav, ca și școala, vor fi dezinfectate de către echipa sanitară de dezinfecție. Dacă în casă există și alți copii care au venit în contact cu bolnavul, acestora li se va administra penicilină profilactic (de preferință pe cale orală), timp de 4–5 zile. Astăzi, datorită tratamentului cu antibiotice (penicilină), internarea bolnavilor de scarlatină durează numai 6 zile, iar după ieșirea din spital, este obligatoriu și indispensabil ca bolnavul să fie ținut acasă încă 3 săptămîni, în care timp va fi văzut de medicul pediatru, care va fixa conduita de tratament și ziua în care acesta își va putea relua activitatea școlară.

Părinții au datoria să urmărească cu atenție copiii și, la primele semne de boală, să anunțe medicul. Se știe că un bolnav este cu atît mai contagios, cu cît se află mai la începutul bolii. Grija de a interzice copilului bolnav să meargă la școală trebuie să fie nu numai a personalului școlii, dar și a părinților. Pe de altă parte, neglijarea unei angine streptococice, fie ea cît de ușoară, poate avea drept rezultat instalarea unor complicații tardive, cu urmări dintre cele mai grave. Astfel, în urma anginelor streptococice repetate poate apărea fie un reumatism poliarticular acut, fie o nefrită. Aceste boli zise „poststreptococice" se pot croniciza, ducînd la boli de inimă, ca stenoză mitrală sau nefrită cronică.

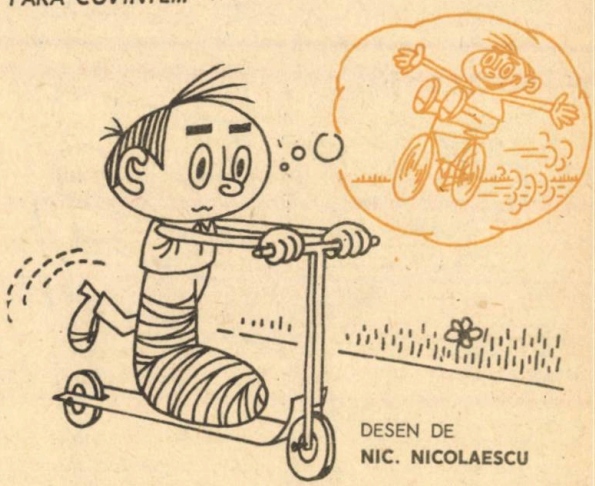
Copiii cu astfel de complicații trebuie urmăriți cu mare atenție și supuși periodic la consultația medicală. Ei trebuie feriți de noi infecții streptococice, care le pot agrava afecțiunea de inimă sau de rinichi. De obicei, tuturor copiilor luați în evidență pentru boli poststreptococice (reumatism poliarticular cu prindere cardiacă sau nefrită) li se face profilaxia reinfecțiilor cu streptococ pe toată perioada școlarității, administrîndu-li-se săptămînal cîte o injecție cu penicilină depozit (Moldamin).

Mai trebuie știut că grefarea anginelor cu streptococ se face mult mai ușor cînd mucoasa nazofaringiană este inflamată, adică în urma unei infecții virale : guturai, rinofaringită, gripă etc. Este de la sine înțeles că păzirea copiilor de aceste îmbolnăviri virale – care se transmit direct de la persoanele bolnave – are drept rezultat și scăderea riscului de îmbolnăviri cu streptococ.

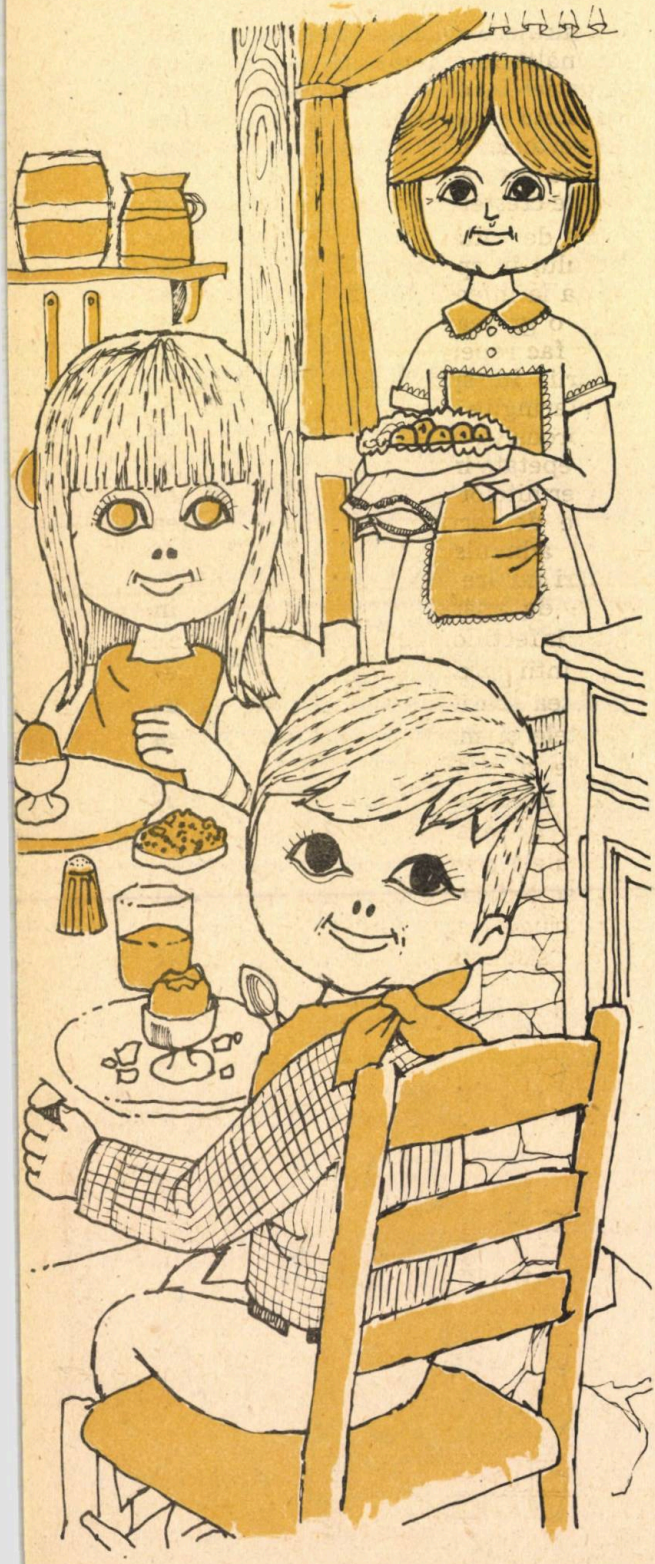
Bineînțeles, un rol deosebit în prevenirea infecțiilor streptococice îl are și personalul educativ sanitar din școli. Sarcinile acestui personal sînt bine stabilite prin dispoziții sanitare, dar o maximă eficiență a măsurilor nu poate fi realizată decît printr-o conlucrare continuă a factorilor direct interesați – cadrele medico-sanitare și părinții.

CONF. DR. MIRCEA ANGELESCU
SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECȚIOASE
„COLENTINA"

FĂRĂ CUVINTE...



DESEN DE
NIC. NICOLAESCU



utilizarea rațională a preparatelor de fier la copii

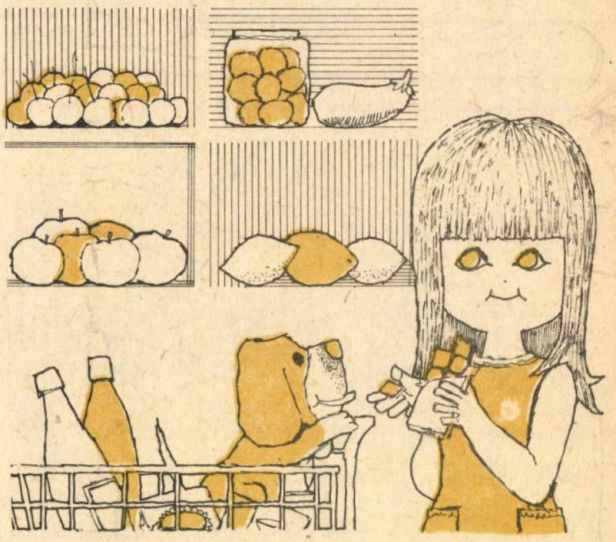
A desea, părinții sînt tentați să administreze copiilor diferite medicamente, pe care le consideră utile pentru fortificarea organismului, pentru mărirea poftei de mîncare, pentru stimularea creșterii, precum și pentru obținerea rezistenței organismului față de infecții. În acest sens, sînt întrebuințate — deseori fără indicații medicale — diferite vitamine, inclusiv vitamina B_{12}, preparate de calciu, gamaglobuline, preparate de fier etc.

Una dintre cele mai răspîndite manifestări la copii, adesea fără vreun substrat patologic, dar care dă multă bătaie de cap și grijă părinților, este anorexia sau inapetența. Deși părinții se străduiesc să ofere copiilor cît mai multe bunătăți, adesea spunîndu-le povești sau făcîndu-le tot felul de promisiuni, eforturile rămîn fără rezultat. Se recurge atunci la administrarea unui preparat de fier, pentru a determina apariția poftei de mîncare mult așteptată, fără a se consulta medicul specialist. Administrat fie pe cale bucală (situația cea mai fericită), fie sub formă injectabilă, în ambele cazuri se comite o eroare. Preparatele de fier nu numai că nu stimulează pofta de mîncare, dar

uneori pot produce, chiar în doze corect administrate, tulburări gastro-intestinale, cum sînt : diminuarea poftei de mîncare (!), vărsături, diaree (la sugari) sau constipaţie (la vîrste mai mari), senzaţia de arsură la nivelul stomacului, mici hemoragii gastro-intestinale. Apariţia acestor tulburări este în funcţie de toleranţa individuală, pe care fiecare organism o are faţă de anumite medicamente. În caz de supradozare, se produce o adevărată intoxicaţie cu fier, tulburările fiind mult mai severe : vărsături şi diaree cu caracter hemoragic, stare de şoc, semne de suferinţă a ficatului etc. Şi astfel, în loc să se obţină stimularea apetitului, se ajunge la rezultate diametral opuse. Menţionăm însă că există o singură situaţie în care inapetenţa copilului este corectată prin administrarea de fier, şi anume în cazul în care ea se datoreşte unei anemii feriprive.

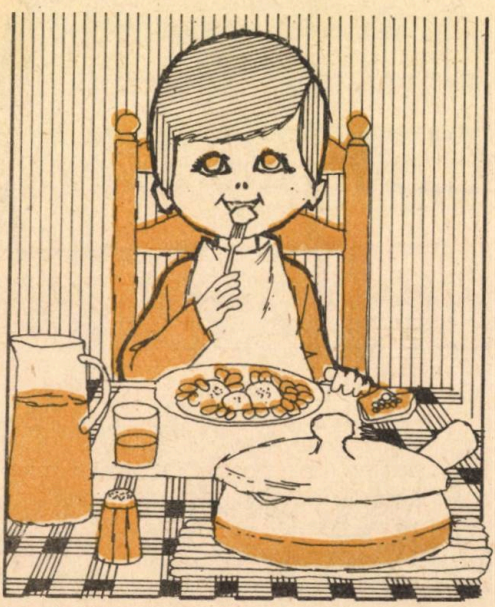
Tot o eroare se consideră şi administrarea fierului pentru stimularea creşterii în greutate sau înălţime. Se ştie că procesul de creştere în copilărie este dirijat de o multitudine de factori : unii din afara organismului (exogeni), cum ar fi : îngrijirea corectă, alimentaţia etc. şi alţii din organism (endogeni), din care menţionăm zestrea genetică, glandele endocrine etc. Este adevărat că datorită unei anemii prelungite prin lipsă de fier, creşterea poate deveni deficitară, situaţie în care administrarea de fier este necesară. Altminteri, el nu se poate substitui numeroşilor factori care joacă rol decisiv în dezvoltarea antropometrică. În plus, trebuie ţinut seama şi de factorul constituţional, cum este cazul unor copii care sînt perfect sănătoşi, dar care au o greutate şi o statură sub media vîrstei. Să nu uităm că toate tabelele moderne privind dezvoltarea pondero-statural în cursul copilăriei admit o deviaţie standard de la valorile medii, astfel încît nici un părinte nu trebuie să se descurajeze de lipsa în greutate sau în înălţime a copilului său, în afara situaţiei în care medicul de copii constată că aceasta depăşeşte limitele permise. Oricum însă, rolul fierului nu este acela de a corecta deficitul de creştere.

Pe de altă parte, administrarea fierului în speranţa de a spori rezistenţa la infecţii constituie, de asemenea, o greşeală. Sînt numeroşi copii care fac repetate infecţii acute respiratorii, în special în sezonul rece : rinofaringite acute, amigdalite, traheobronşite, viroze pulmonare. Alţii fac repetate infecţii cutanate, de tipul piodermitelor (infecţii ale pielii însoţite de secreţie purulentă). Ideea de a administra fier în asemenea cazuri nu are nici o justificare. Sistemele de apărare a organismului în faţa infecţiilor sînt cu totul altele : mai întîi prezintă importanţă integritatea barierelor naturale (tegumentele şi mucoasele) şi capacitatea lor de a produce diferite secreţii ; apoi, mecanismele de apărare celulară, la care participă leucocitele (globulele albe din sînge), prin capacitatea lor de a fagocita (a înghiţi şi a distruge) germenii bacterieni, celulele sistemului reticulohistiocitar



(sistem răspîndit în diferite organe din corp), celulele sistemului limfatic (structurile limfatice sînt reprezentate de ganglionii limfatici superficiali şi profunzi, amigdale, timus, splină, formaţiunile limfoide din peretele intestinal etc.) şi, în sfîrşit, deosebit de importante sînt mecanismele imunitare umorale (de apărare din plasma sanguină), reprezentate prin substanţe cu diferite proprietăţi (imunoglobuline, complementul seric, opsonine etc.). Deci, după cum se poate constata, fierul nu aparţine sistemelor de apărare antiinfecţioasă, deşi — este adevărat — în anemiile severe aceste mecanisme suferă.

Se pune atunci întrebarea : cînd şi cum trebuie administrat fierul la copii ? Există o singură indicaţie, dar precisă, care stabileşte necesitatea feroterapiei în pediatrie : anemia prin lipsă de fier (feriprivă). Această boală apare în mai multe împrejurări în cursul copilăriei. Se întîlneşte la prematuri, care se nasc cu un deficit de fier faţă de nou-născutul la termen, deoarece fierul se transmite de la mamă la făt în ultimele luni ale sarcinii, adică acelea de care prematurul este frustrat ; la sugarii (după vîrsta de 4 luni) care primesc o alimentaţie prea monotonă, numai cu lapte sau cu făinoase în exces, fără diversificarea necesară a acesteia cu legume, fructe, ouă etc. ; la copiii cu diaree prelungită sau repetată ; la cei cu anumite suferinţe cronice intestinale, cum ar fi malabsorbţia (boală care constă din tulburarea absorbţiei anumitor principii alimentare) ; în cazul unor paraziţi intestinali *(Ankilostoma duodenale)* care provoacă sîngerări intestinale mici, dar repetate ; al unor boli ale aparatului digestiv care produc, de asemenea, mici hemoragii (polipi intestinali, ulcere cu diferite localizări, rectocolită hemoragică), precum şi în infecţii repetate sau prelungite.



Manifestarea principală a bolii o reprezintă paloarea, cu anumite localizări: mucoasa conjunctivală, buzele, pavilioanele urechilor, patul ungheal. La copiii mai mari se constată oboseală, ameţeli, scăderea capacităţii de a învăţa, de a se concentra, senzaţie de „leşin" după eforturi. Este de menţionat lipsa poftei de mîncare (inapetenţa), produsă de anemie şi uneori — la sugari — apariţia unei febre moderate.

Probele de laborator precizează existenţa anemiei şi tipul acesteia. Hemograma arată scăderea variabilă a numărului de eritrocite (globule roşii) sau a hematocritului (procentul de masă globulară în sînge), dar aceste valori nu sînt semnificative. Importantă este dozarea hemoglobinei, care este pigmentul respirator din eritrocite, cel care îi dă culoarea roşie, adică cel care conţine fier. În mod normal, la sugar — în afara perioadei de nou-născut cînd există alte valori — hemoglobina trebuie să fie de cel puţin 10,5 g%, la copilul în vîrstă de 2—7 ani trebuie să fie peste 11,5 g%, iar la şcolar peste 12,5 g%. Situarea hemoglobinei sub aceste

valori semnifică o anemie, a cărei gravitate variază, în raport cu intensitatea scăderii.

Odată stabilit diagnosticul de anemie feriprivă, se indică terapia cu fier, care va ține seama atît de gravitatea anemiei, cît și de toleranța digestivă.

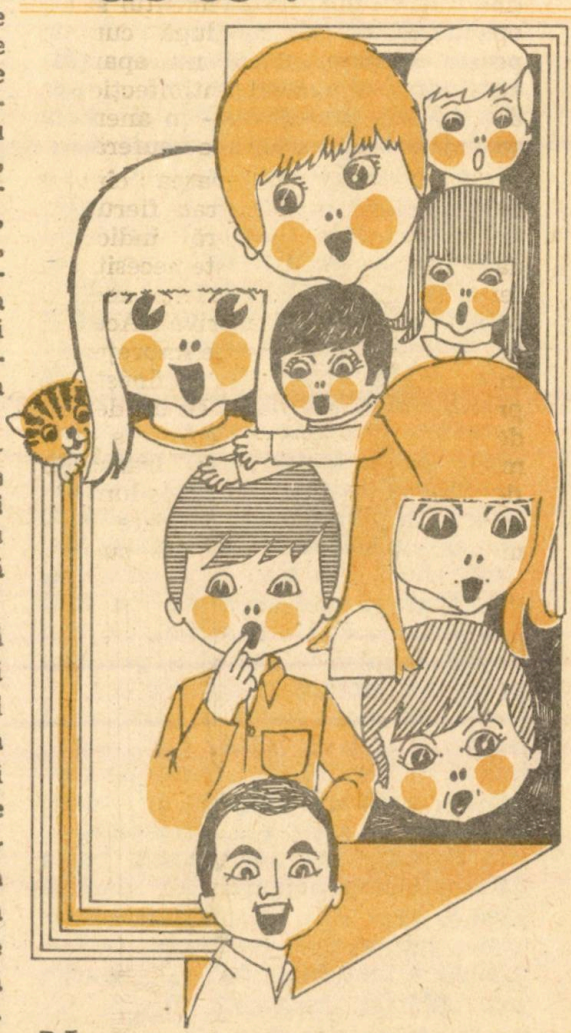
Pentru administrare pe cale orală se utilizează produsul Glubifer, sub formă de comprimate, dar și siropurile Neoanemovit și Ferronat. De menționat că nu toate preparatele de fier sînt în mod egal tolerate de copii și de aceea se vor prefera produsele care nu dau tulburări. Pentru a evita senzația de arsură gastrică, aceste preparate vor fi administrate în timpul mesei sau după aceea, iar pentru o mai bună absorbție a lor, se recomandă să fie însoțite de vitamina C sub formă de tablete. Doza zilnică și durata curei de fier vor fi stabilite de medic, în funcție de hemogramă, de cauza anemiei, de toleranța la medicament.

Preparatele de fier pe cale injectabilă — fierul polimaltozat și Ferrum Haussmann — se utilizează numai sub control medical strict, cantitatea totală necesară fiind calculată după anumite formule.

Din cele prezentate, reiese că tratamentul cu fier se va face numai la indicația medicului și sub controlul acestuia, abuzul și administrarea la întîmplare putînd să ducă la reacții nedorite. Rezultatele favorabile ale feroterapiei se concretizează în dispariția tulburărilor menționate și în normalizarea hemogramei. Aceasta înseamnă că depozitele de fier ale organismului au fost refăcute, că fierul circulant plasmatic s-a normalizat, iar cel din hemoglobină a revenit la valoarea sa normală.

DR. VL. MIHĂILESCU
CLINICA DE PEDIATRIE „FUNDENI"

copilul nostru este fricos. de ce ?



Nu puțini sînt părinții care își manifestă nemulțumirea față de copiii lor mult prea temători, lipsiți de curaj. Această teamă include aspecte de o impresionantă diversitate : de la cele

net patologice — prin intensitatea şi absurdul situaţiilor — pînă la simpla şi comuna frică de întuneric, incapacitatea de a fi spontani şi naturali în prezenţa unor persoane străine sau de a arăta posibilităţile şi cunoştinţele în situaţii mai puţin familiare.

Nu ne vom referi la acei copii care — victime ale unor întîmplări nefericite, neobişnuite, accidentale sau nu — îşi au existenţa marcată pe o perioadă mai lungă sau mai scurtă de timp. De asemenea, nu ne propunem să ne oprim nici asupra copiilor cu boli psihice constituite, care prezintă printre simptomele psihopatologice şi frica nemotivată, ci există un număr destul de mare de copii care, fără un motiv anume şi fără să fie propriuzis bolnavi, prezintă cel puţin una din următoarele manifestări : tresar la cel mai mic zgomot, refuză să rămînă singuri în casă sau se tem exagerat de întuneric, au un somn agitat, cu vise urîte, coşmaruri nocturne, în cursul cărora retrăiesc întîmplări mai deosebite din timpul zilei, tremură, devin palizi, transpiră, au palpitaţii, se schimbă la faţă, fiind gata să izbucnească în plîns în faţa acelor situaţii cu care nu sînt încă familiarizaţi. Mai mult chiar. sînt unii copii cărora le este frică să iasă neînsoţiţi din casă sau să rămînă printre străini, fie ei şi copii, ori intră în panică în prezenţa celor mai inofensive animale sau insecte. Adesea, teama le paralizează acţiunile şi le reprimă curiozitatea specific infantilă. Tot teama pe care copilul o trăieşte exagerat de intens şi de care se ruşinează, străduindu-se din răsputeri să o stăpînească, poate să-i paralizeze acţiunile sau poate să stea la baza unor tulburări ca enurezisul, encoprezisul (emiterea necontrolată a materiilor fecale), ticurile sau bîlbîiala, după cum, în alte situaţii, frica exagerată de pedeapsă — nu obligatoriu şi foarte aspră — îl determină pe copil să mintă, să fugă de acasă, agravîndu-şi şi mai mult culpa, să se sinucidă chiar sau să recurgă la alte forme de apărare, aparent de neînţeles.

De ce ? se întreabă cu nedumerire părinţii acestor copii, cărora li se pare că nimic nu justifică comportamentul ieşit din comun al acestora.

În primul rînd, ei pierd din vedere faptul că teama reprezintă o parte constitutivă a instinctului de apărare cu care fiecare venim pe lume şi deci nu este anormală decît în cazul în care, prin intensitatea sau caracterul său iraţional, împiedică pe copil să se comporte natural. Referitor la intensitatea cu care se manifestă acest instinct, există însă diferenţe individuale înnăscute, şi din acest punct de vedere deosebirile dintre copii nu sînt de neglijat.

Pe de altă parte uităm că, incapabil să înţeleagă şi să domine realitatea, copilul rămîne dependent de protecţia, securitatea şi siguranţa pe care trebuie să i-o ofere necontenit adultul. Numai asigurat de dragostea şi autoritatea acestuia, el poate păşi cu îndrăzneală şi fără riscuri la cunoaşterea şi stăpînirea lumii, care nu-i oferă numai satisfacţii, ci şi surprize neplăcute.

În al treilea rînd, instinctul de apărare nu este înnăscut decît în structurile sale cele mai elementare şi constă dintr-o atitudine de nesiguranţă difuză, de prudenţă nativă faţă de orice stimul sau situaţie nouă, neobişnuită sau neaşteptată. Numai în cursul experienţei nemijlocite şi al educaţiei, copilul îşi obiectivează teama, conferind unei situaţii concrete atributele unui pericol real. Dînd curs propriilor sale experienţe, imitînd pe alţii sau învăţînd de la ei, copilul deprinde să deosebească acele situaţii care i-ar putea primejdui existenţa sau pricinui vreun rău. În acest mod, frica — mijlocul de apărare indispensabil supravieţuirii — se disciplinează necontenit în cursul experienţei. Dar, în acelaşi timp, plătind tribut atît incapacităţii sale de a înţelege realitatea şi de a anticipa evenimen-

tele, cît şi întîmplării sau greşelilor anturajului cu care este confruntat la tot pasul, copilul poate prelua şi fixa frici neîntemeiate. Şi aceasta, pentru că prin rostul şi menirea ei, frica este trăită înainte de a i se putea aprecia oportunitatea.

În sfîrşit, trebuie subliniat şi faptul că întîlnirea cu situaţii generatoare de disconfort şi teamă începe încă din primele momente ale existenţei. Or, este ştiut că trăirile negative se fixează cu atît mai profund, mai puternic, mai difuz şi mai iraţional în subconştient, cu cît copilul este mai mic. Faptul se datoreşte, în bună parte, mai ales în primii ani de viaţă, incapacităţii de a reconsidera critic trăirile sale şi de a le diminua semnificaţiile, fie şi după ce dramele sau experienţele pline de spaimă s-au consumat.

Se poate afirma, cu îndreptăţit temei, că viaţa sugarului nu este atît de plăcută pe cît sîntem noi obişnuiţi să o considerăm. Printre numeroasele sale probleme se înscriu şi cele care decurg din confruntarea cu imensul necunoscut care-l înconjură şi care nu i se oferă de la sine şi nu-l scuteşte de neplăceri. Din primele luni de viaţă, copilul este obligat să facă faţă unor situaţii neplăcute, legate de stimuli auditivi, tactili sau vizuali prea intenşi şi neaşteptaţi, care-l surprind nepregătit. Pe de altă parte, sugarul manifestă încă de timpuriu un interes special pentru prezenţa umană, cunoscută pentru efectul său anxiolitic, securizant. Firește, mama ocupă şi pe acest plan un loc privilegiat. De fapt, după luna a 4-a, sugarul începe să-i simtă vizibil lipsa şi să plîngă pentru a o readuce lîngă el. Se afirmă chiar că după această vîrstă copilul sănătos plînge mai mult pentru a fi luat în braţe decît pentru satisfacerea altor nevoi.

După vîrsta de 6 luni, odată cu dezvoltarea sa generală, sugarul începe să manifeste rezervă şi chiar teamă faţă de persoanele străine, motiv pentru care nu mai poate fi lăsat sub supravegherea oricui. Mai tîrziu, el începe să manifeste chiar panică în absenţa mamei.

Numeroase studii experimentale pe animale şi observaţii clinice au scos în evidenţă importanţa deosebită a experienţelor din primul an de viaţă pentru normala dezvoltare psihoafectivă a fiinţelor evoluate. Or, este ştiut că sugarul o simte pe mama sa înainte de a o înţelege şi că o atitudine rejectivă sau indiferentă este „ghicită“ cu uşurinţă, chiar dacă este bine disimulată în spatele unui profesionalism ireproşabil. Privarea de afecţiune şi duioşie, lipsa unei legături emoţionale reale şi stabile duc la generarea unui sentiment de insecuritate, neliniște, nesiguranţă şi teamă, teren propice şi sursă pentru foarte multe din fricile neexplicate de mai tîrziu ale copilului.

După vîrsta de un an, copilul trebuie să facă faţă la noi experienţe, dificultăţi şi greşeli ale anturajului, toate generatoare de neliniște sau teamă. Şi aceasta pentru faptul că adultul neavizat este înclinat să ia în consideraţie, în primul rînd, inocenţa pe care copilul o afişează, dar şi incapacitatea sa de a recunoaşte adevăratele pericole.

Extinderea spaţiului de acţiune aduce copilului, odată cu satisfacţia unor reuşite, şi riscul unor situaţii neprevăzute, puternic încărcate anxiogen pentru el, dar care nu de puţine ori rămîn neştiute, ignorate, minimalizate, neînţelese sau neacceptate de către cei din jur. La toate acestea se adaugă atît teama de a nu fi părăsit, cît şi spaima în faţa singurătăţii, pe care le încearcă ori de cîte ori este lăsat pe nepregătite singur în casă, atunci cînd se trezeşte brusc din somn fără ca nimeni să fie în apropierea sa sau cînd este dus şi lăsat cu brutalitate la uşa căminului sau grădiniţei etc. În astfel de situaţii uităm prea adesea şi cu prea mare uşurinţă că şi adultul este parcă mai destins dacă singurătatea sa este anulată de exis-

tența unei ființe, oricît ar fi ea de mică și lipsită de apărare.

Incapacitatea de a înțelege realitatea altfel decît din punctul de vedere al sentimentelor, al resurselor cognitive și al experienței personale îl fac vulnerabil, pînă și în fața unor situații aparent lipsite de importanță. O întîmplare a cărei semnificație n-o înțelege bine, poveștI cu bandiți, strigoi și balauri, secvențe de imagini văzute la televizor sau cinematograf, certuri banale între părinți și, în general, orice situație trăită cu intensitatea faptului real și percepută ca amenințare iminentă sau posibilă pot determina la copiii sensibili sau sensibilizați trăiri puternic anxiogene, experiențe inedite care le ocupă conștiința, populîndu-le visele și momentele în care se cred insecurizați. „Ce bine că m-ai găsit" — exclamă cu vizibilă ușurare la amiază unul dintre copiii duși pentru prima oară la grădiniță și care, deși s-a comportat aparent normal, nu s-a putut sustrage gîndului că poate părinții nu vor mai nimeri grădinița situată, după aprecierea lui, prea departe de casă.

Desigur, nu pledăm pentru evitarea totală a acestor experiențe din viața copilului și nici nu ar fi posibil, dar ele trebuie oferite cu grijă, ținînd seama de sensibilitatea fiecărui copil, urmărind antrenarea lui și nicidecum să-l înspăimîntăm.

Nu putem omite nici pe acei părinți care fac din frică un mijloc de a obține ascultare, supunere sau disciplinarea copiilor lor, recunoscîndu-și — fapt tot atît de grav — și incapacitatea de a-i stăpîni și deci de a le oferi certitudini și securitate. Amenințări de tot felul, cum ar fi : vine bau-bau, balaurul, te închid în beci, am să te las și am să plec etc. sînt folosite de cei care nu știu că ele nu vor speria decît pe acei copii pentru care, în general, nici nu sînt necesare.

Un loc important între cauzele care contribuie la constituirea fricii la copil îl au și situațiile care-i provoacă și-i întreține teama de a nu pierde afecțiunea securizantă a adultului. Pedepsele prea severe, nemotivate sau neînțelese de către copil, nerăbdarea, nemulțumirea sau supărarea brutal exprimate de anturajul care solicită prea devreme, prea imperativ sau prea rigid însușirea unor deprinderi de autoservire, sădesc în sufletul copilului neîncredere, neliniște, teamă și chiar spaimă.

Nici grija exagerată, anxiogenă, cu care uneori părinții își înconjură copiii nu este lipsită de efecte nedorite. Atenția plină de neliniște și temere cu privire la sănătate, preocuparea excesivă față de pericolele care-i pîndesc la tot pasul, atitudinea de tutelă prin care copilul nu este lăsat să rezolve singur nici cele mai comune dificultăți se află adesea la originea neîncrederii, prudenței exagerate, fricii paralizante de care copiii dau dovadă, prin comportamentul lor, ori de cîte ori sînt lipsiți de prezența nemijlocită a celor apropiați.

Exemplul anturajului, modelele negative oferite de acesta sînt și ele surse capabile să genereze frica la copil. Degeaba i se spune și i se explică copilului că nu are motiv să se teamă într-o situație sau alta, dacă, de cînd se știe, nu a cunoscut decît reacții panicarde sau teamă greu disimulată de întuneric, zgomote, insecte, animale etc., pe care părinții nevrotici sau cu firi lipsite de siguranță de sine o manifestă aproape la tot pasul. Subliniind judiciozitatea unor afirmații, care susțin că anxietatea anturajului și, în special, a părinților se transmite cu mare ușurință la copil, trebuie să avem în permanență în vedere și faptul că o atitudine echilibrată, plină de afecțiune, înțelegere și tact are în egală măsură un efect profilactic și curativ. Calmul și siguranța anturajului dă încredere și curaj copilului, edifică capacitatea sa de a se stăpîni, de a-și învinge îndoielile și temerile, de a fi sigur de sine.

CONF. DR. ȘT. MILEA
CLINICA DE PSIHIATRIE INFANTILĂ
SPITALUL „GH. MARINESCU", BUCUREȘTI

ce știm despre ticurile copilului?

Nu odată, în practica medicală sîntem confruntați la consultațiile de pediatrie sau pedopsihiatrie cu copii care prezintă ticuri. Din acest motiv, considerăm necesară și oportună cunoașterea acestora și, mai ales, trebuie să știm cum le putem îndepărta.

De fapt, ticurile sînt mișcări bruște, rapide, de scurtă durată, care se repetă o perioadă de timp și care reproduc schematic o mișcare voluntară sau un gest. Ele se produc intempestiv, ca un act steril, care nu servește la nimic, dar care tinde să se extindă și să se deplaseze către alte segmente ale corpului. De obicei, copilul știe că are ticuri, dar le face involuntar, putîndu-le reproduce însă voluntar sau chiar inhiba pentru un timp, în anumite circumstanțe. Dealtfel, este posibil ca atunci cînd este examinat, copilul să nu prezinte ticuri. Cel mai frecvent, ticurile se întîlnesc în perioadele așa-numitelor „crize de dezvoltare", adică între 4—7 ani și 13—15 ani, fiind observate mai mult la băieți decît la fete și foarte rar la adulți.

În mod obișnuit, ticul are un caracter convulsiv, dar poate îmbrăca și aspectul unei contracturi, cu localizare la oricare grupă musculară, interesînd pentru un timp o singură grupă musculară ; alteori, simultan sau succesiv, pot fi interesate grupe musculare diferite. Ticurile dispar total în somn, dar se agravează în stările emoționale și la oboseală. Localizările cele mai frecvente sînt cele din regiunea feței, cum ar fi : mișcările de clipire, de încrețire a nasului, mișcări ale buzelor, urmate de mișcări ale gîtului sau ale membrelor (mers săltat în pas de polcă). Se mai disting și ticuri fonatorii (strigăt nearticulat, lătrat etc.), ticuri respiratorii (sughiț, oftat), ticuri digestive (eructație, rîgîială) sau chiar ticuri ale întregului corp. De obicei, la copiii care prezintă ticuri se mai pot observa și alte tulburări de aspect nevrotic ca : oboseală, iritabilitate, tulburări de somn, cefalee, labilitate emoțională, timiditate, anxietate etc.

În general, ticurile pot să dispară pentru un timp, pentru ca apoi să reapară în același loc, sub o altă înfățișare sau cu o altă localizare.

Evoluția lor este destul de îndelungată, uneori ani de zile, cu tendință de ameliorare odată cu vîrsta. O bună parte din ticuri se vindecă spontan, dar pot să persiste în cazul în care există și alte persoane cu ticuri în familie.

Printre mecanismele de apariție a ticurilor menționăm, în primul rînd, imitația. Copilul imită pe cineva din anturaj sau chiar un animal apropiat lui, după care gestul devine obișnuință. Dar ticul mai poate apărea și ca o reacție fixată, ca urmare a perseverării unui gest necesar la un moment dat (de exemplu : gestul de a aranja o șuviță de păr, clipitul, care poate avea la origine o conjunctivită sau gestul degajării cămășii, care inițial a produs o jenă). În alte cazuri, ticurile sînt induse de traume psihice acute (sperietură, incendiu, scandaluri etc.) sau pot îmbrăca aspectul reacțiilor de apărare manifestate în momentul respectiv (ridicarea mîinilor, aplecarea capului).

În general, se apreciază că ticurile apar la copiii anxioși, crescuți într-o manieră obsesională, cu grijă excesivă față de curățenie și ordine și care nu își cheltuiesc suficient energia.

Desigur, nu orice mișcare bruscă, rapidă, reprezintă un tic. Există mișcări ritmice care nu sînt ticuri și care se întîlnesc la debili mintali, cum ar fi balansările sau grimasele. De asemenea, diverse deprinderi patologice ca tricotilomania (smulgerea părului) sau onicofagia (obiceiul de a roade unghiile) trebuie diferențiate de ticuri. De aceea, singurul în măsură să eticheteze aceste manifestări involuntare drept ticuri este medicul, deoarece, uneori, ele pot ascunde suferințe cerebrale severe ca, de exemplu, epilepsia. De aici rezidă și obligativitatea consultului medical pentru orice copil cu ticuri.

În tratamentul ticurilor este necesară îmbinarea judicioasă a unei game variate de mijloace și metode. Pe lîngă tratamentul medicamentos anxiolitic, sedativ și de tonifiere, se poate aplica și un tratament fizio- și hidroterapic, care realizează o bună relaxare musculară. De asemenea, se mai recomandă următorul exercițiu : dimineața, la sculare, copilul va sta în fața oglinzii și timp de 2 minute va exersa voluntar ticul, căutînd ca acesta să devină din ce în ce mai conștient, după care, în următoarele 2 minute, tot în fața oglinzii, copilul va încerca să-și inhibe ticul. Pentru aceasta, educația voinței joacă un rol predominant.

Dar la fel de important s-a dovedit și rolul familiei și al anturajului. Aceștia vor proceda cu tact și răbdare, pentru a preveni un posibil refuz.

DR. **SANDA MĂGUREANU**
CATEDRA DE PSIHIATRIE, I.M.F. BUCUREȘTI

familie, școală, medic

triunghi indispensabil orientării școlar-profesionale a adolescenților suferinzi

Este îndeobște acceptat faptul că îndrumarea spre alegerea viitoarei profesiuni de către un elev care absolvă cele 8 clase ale școlii generale reprezintă un act responsabil, mai ales astăzi cînd vîrsta opțiunii școlar-profesionale a coborît la 14 ani, perioadă din viață încă crudă pentru a te hotărî definitiv către un anume domeniu de activitate. Dar cum pentru majoritatea elevilor înscrierea într-un anumit profil liceal coincide încă din clasa a IX-a și cu alegerea viitoarei profesiuni (datorită îmbinării organice între pregătirea teoretică și cea tehnico-productivă la toate tipurile și profilurile liceale), este ușor de dedus ce consecințe nedorite poate avea o orientare școlar-profesională greșită. Fără o îndrumare atentă, mulți adolescenți se pot decide pentru un profil liceal sau altul la întîmplare sau după criterii puerile : fie că aleg profesiunea eroului unui roman de curînd citit sau al unui film proaspăt vizionat, fie că se lasă conduși de „sfatul" unui prieten sau al unei rude neavizate etc.

Dar, așa stînd lucrurile, cu atît mai mult devine de neînlocuit corecta orientare școlară și profesională pentru un adolescent cu o suferință cronică. Aici însă rolul principal revine medicului. Pe de o parte, pentru că el

are capacitatea de a aprecia în ce măsură adolescentul suferind poate face față sau nu solicitărilor psihofiziologice caracteristice profesiunii dorite de acesta, iar pe de altă parte, pentru că – în cazul în care opțiunea inițială este incompatibilă cu starea sănătății elevului – numai medicul va putea recomanda alte profesiuni care să nu fie incompatibile din punct de vedere medical.

Desigur că, în condițiile modernizării economiei țării noastre – prin mecanizare, automatizare, cibernetizare –, solicitările fizice, specifice „muncilor grele", își restrîng din ce în ce aria de manifestare în sfera profesiunilor. Chiar și domenii recunoscute tradițional că obositoare și dificile (mine, metalurgie, construcții, petrol, agricultură) au suferit uimitoare prefaceri. Din ce în ce mai pregnant predomină activitățile care solicită mai ales mintea, agerimea ei, puterea de concentrare a atenției, îndemînarea, promptitudinea și mult mai puțin forța mușchilor. În aceste condiții, adolescenții – fete sau băieți – se pot adapta, practic, oricăror profesiuni.

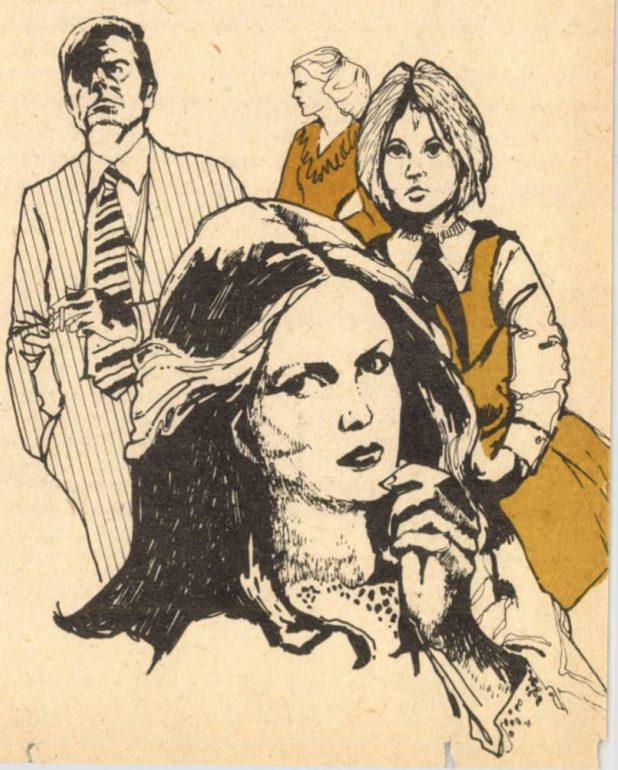
Totuși, pentru aproximativ 10% din tinerii unei generații pot apărea unele restricții medicale față de unele domenii de activitate. Către acestea trebuie să se îndrepte cu atenție și competență pricepere medicilor școlari și pediatri. Nu trebuie așteptată ultima clasă a școlii generale pentru a formula anumite contraindicații medicale spre un profil liceal sau altul. Rolul medicului se cere cu insistență a fi activ, combativ, militant. Să descopere din timp și să încerce ca printr-un program dispensarial, precoce, complex și sistematic aplicat, să recupereze pe cît posibil tulburările în starea de sănătate a elevilor. În acest fel se va putea ajunge chiar, pentru unii adolescenți cu suferințe cronice, să se obțină o netă ameliorare a stării lor de sănătate și, implicit, să se îngusteze contraindicațiile medicale pentru diverse sfere de activitate. În acest mod va cîștiga nu numai societatea, care va putea să folosească forța de muncă în ramurile în care are nevoie prioritar, dar și adolescentul, care va avea porțile deschise, tocmai către profesiunea visată de el.

Dar pentru o recuperare eficace a tulburărilor, părinții trebuie să se adreseze medicului din timp. Abateri aparent minore de la starea de sănătate, cum ar fi : scăderea poftei de mîncare, insomnia sau somnolența, moliciunea, lipsa de concentrare a atenției, slăbirea memoriei, instalarea rapidă a oboselii, nervozitatea, pierderea în greutate sau, dimpotrivă, un cîștig anormal etc., toate trebuie să constituie un semnal de alarmă pentru familie. Tratate din timp, ele se vor opri doar la stadiul de simptom, evitînd astfel instalarea unor afecțiuni care ar putea constitui, la vîrsta alegerii viitoarei profesiuni, contraindicații medicale pentru o sferă de activitate sau alta.

Desigur că este indispensabil ca părinții ai căror copii suferă de boli cronice să se consulte din timp cu medicul.

Astfel, ei vor afla că în nici un caz nu se recomandă celor ce suferă de diabet să lucreze în industria chimică, celor cu epilepsie în sectorul sanitar sau copiilor care prezintă hipoacuzie să îmbrățișeze cariera didactică. Căci nu odată, în activitatea practică de la Cabinetul medico-psihologic de orientare școlară și profesională, am putut constata greșeli comise de elevii sau familiile acestora, neavizați.

Sînt cazuri cînd nu pot fi evitate – la unii școlari – deziluziile puternice sau traumele psihice la aflarea interdicției medicale în alegerea unui profil liceal pentru care au manifestat interes și au depus o activitate susținută încă din primele clase gimnaziale. Tocmai de aceea, se impune crearea din timp a unei colaborări între părinți, diriginte și medicul școlar, în vederea canalizării intereselor acestor elevi spre domenii compatibile cu starea sănătății lor precare. În acest mod, drama ar putea fi evitată.



Este de reținut deci că între familie, școală și medic trebuie să existe un contact permanent și timpuriu pentru orice elev cu suferințe cronice. Dirigintele are datoria să conlucreze cu cabinetul medical școlar, discutînd situația fiecărui elev bolnav. Să cunoască starea de sănătate a clasei și care sînt cazurile problemă, pentru a le putea dezvolta interesele către sectoarele de activitate cele mai recomandabile lor din punct de vedere medical; solicitînd medicului școlii sfaturi în această privință.

Medicul, la rîndul său, va trebui să comunice diriginților situația tuturor elevilor cu suferințe cronice, să ceară informații — încă din clasa a V-a — asupra „simptomelor-semnal" menționate mai înainte, care ar putea fi premonitorii instalării unei boli cronice cu posibile implicații restrictive ulterioare în alegerea unui profil liceal sau altul.

În realizarea unei orientări școlar-profesionale eficiente, familia va trebui să solicite sfatul medicului imediat ce suspectează o eventuală tulburare în sănătatea copiilor. Părinții elevilor cu suferințe vechi și cunoscute se vor sfătui periodic cu cabinetul medical școlar și cu diriginții asupra profilurilor liceale permise copiilor lor, pentru a le dezvolta de timpuriu interesul pentru acestea.

În acest sens, o mare însemnătate prezintă micromonografiile profesionale, care constituie un ghid atît pentru cadrele didactice, cît și pentru medic și familie, prin informațiile pe care le furnizează cu privire la structura pe meserii a diverselor profiluri liceale și la caracteristicile lor ergonomice.

Și dacă este adevărat că în cazul adolescenților cu suferințe cronice, medicul, familia și școala trebuie să vegheze pentru viitorul lor profesional protejat, nu este mai puțin lipsit de veridicitate și excesul de protecționism, manifestat mai ales față de unii elevi cu tulburări minore ale sănătății, îndrumați — mai cu seamă de părinți — numai spre profiluri liceale fals considerate de ei „teoretice" (matematică-fizică, filologie-istorie, chimie-biologie), cînd de fapt și acestea sînt tot atît de „industriale" ca și profilurile pe care le evită unii părinți exagerat de grijulii (mecanică, electrotehnică, industrie ușoară, chimie industrială etc.).

Așadar, dacă se poate vorbi de colaborarea familie-școală-medic în activitatea de orientare școlar-profesională ca despre laturile inseparabile ale unui triunghi în îndrumarea adolescenților suferinzi, să căutăm ca în interiorul lui să nu creăm un mediu artificial, rupt de viață, în care să supraprotejăm, printr-un exces de precauții inutile, adolescenții noștri, împiedicîndu-le accesul spre domenii de activitate pe care, necunoscîndu-le corect, le etichetăm eronat drept „suprasolicitante". Nu ne-ar ierta-o nici societatea și nici copiii noștri.

DR. GHEORGHE-EUGENIU BUCUR

semnificații

CHIRURG

Cînd îl cauți, pe om taie
Adînc, pînă-n măruntaie.
Totuși, dînsul niciodată
Nu e dat în judecată.

INJECȚIE

Orișicine își dă seama,
E la fel ca epigrama.
Și aceasta pentru că,
Ustură, dar vindecă.

CURĂ BALNEARĂ

E un leac care, se știe,
Nu se află-n farmacie.
Avînd forma, oameni buni,
De diverse stațiuni.

MAMOȘ

Datorită lui, anume
(Pentru asta doar învață),
Vine un copil pe lume...
Este deci un om de viață.

SORĂ

În spital ți-e, iată,
Rudă-apropiată.
Deși pe părinți îi știi
Fără alți copii.

TERMOMETRU

Aceasta-i este procedura,
De cînd a apărut, cîndva :
Ne ia rapid temperatura,
Dar nu ne și scapă de ea.

V. D. POPA

ÎN AJUNUL EXAMENELOR ȘI AL CONCURSURILOR

– recomandări utile –

Dr. **OCTAVIAN IENIȘTEA**
MEDIC PRIMAR NEUROLOG
LABORATORUL DE SĂNĂTATE MINTALĂ
PENTRU STUDENȚI

Odată cu creșterea exigenței vieții în general, a crescut și solicitarea tinerilor cuprinși în diferite forme de învățămînt, în așa măsură încît realizarea nivelului de pregătire cerut nu mai este posibilă fără cunoașterea și aplicarea mijloacelor de optimizare a muncii de instruire. Tinerii trebuie să fie informați asupra unor factori de ordin medical și psihologic care influențează procesul de învățare. Acest lucru se dovedește cu atît mai necesar, cu cît o parte importantă a activității elevilor și studenților este reprezentată de studiul individual, desfășurat „acasă", iar efortul pe care-l depun nu trebuie să le pericliteze sănătatea.

Deși datele și recomandările făcute vizează în special activitatea depusă de tineri în perioadele de pregătire și de desfășurare a concursurilor și examenelor, cunoașterea și aplicarea lor este la fel de utilă pentru întregul an școlar sau universitar.

Încă de la început atragem atenția asupra faptului că *activitatea intelectuală, inclusiv procesul de învățare, se realizează, ca oricare dintre activitățile omului, cu consum de energie, furnizată de organism.* Cu alte cuvinte, pentru a putea învăța cu randament este necesară o anumită „condiție fizică", adică o stare a organismului capabilă să asigure energia reclamată de desfășurarea, în bune condiții, a procesului învățării. Îndeplinirea acestor condiții impune, printre altele, și respectarea următoarelor recomandări :

- O alimentație ritmică și rațională :

— Nu este permis să se renunțe la nici una dintre cele trei mese zilnice, putîndu-se intercala între mese cîte o gustare, obligatorie pentru elevii mici, facultativă pentru cei mari sau studenți.

— Supraalimentația este contraindicată, datorită efortului și consumului energetic suplimentar solicitat de digestie.

— Nu este permisă adoptarea unor regimuri dietetice, în special a celor hipocalorice (de slăbire), decît dacă sînt prescrise de medic, existînd riscul scăderii puterii de muncă.

— Fructele proaspete și salatele de crudități sînt binevenite pentru aportul lor de vitamine și săruri minerale.

— Dulciurile sînt indicate în perioadele de solicitare intensă, și în special în ziua examenelor, dar *fără a se abuza.*

— Consumarea băuturilor alcoolice — distilate sau fermentate — este interzisă, chiar și în cantități reduse, deoarece acestea scad puterea de concentrare, spontaneitatea, eficiența în gîndire, slăbesc memoria, acționînd bifazic : inițial excitant și apoi deprimant.

— Băuturile și alimentele excitante (cafea, ceai, cacao, ciocolată, pepsi etc.), consumate în exces, provoacă nervozitate și nerăbdare, afectînd atenția și puterea de concentrare.

— Fumătorilor li se recomandă să scadă numărul de țigări fumate, deoarece, printre alte neajunsuri, acestea determină scăderea aportului de oxigen la creier și, implicit, scăderea funcției cerebrale.

● Asigurarea unui minim de ore de somn, necesar refacerii integrale a potențialului funcțional al celulelor nervoase, în funcție de vîrstă și de particularitățile personale. În principiu sînt necesare 8—9 ore de somn din 24 pentru elevii din școala generală, 7—8 ore pentru elevii mai mari și 6—7 ore pentru adulți. În acest sens trebuie subliniată și importanța pe care o prezintă condițiile de microclimat (aerul proaspăt din încăpere, temperatura și umiditatea aerului etc.) asupra calității somnului.

● Pentru a combate sedentarismul specific activității elevilor și studenților înainte de examen, se recomandă un program de 10—15 minute, zilnic, de cultură fizică, iar după cîteva zile de muncă intensă, chiar și un joc sportiv, pentru calitățile sale deconectante.

● O importanță majoră în pregătirea examenelor o prezintă buna stare psihică, care stă la baza încrederii în forțele proprii, a dorinței de a învăța temeinic și a convingerii că efortul depus va fi răsplătit. Dealtfel, se poate afirma că rezultatele obținute de un tînăr la examene reflectă în bună măsură activitatea din timpul întregului an școlar sau universitar și nu numai pe aceea desfășurată înaintea examenului. Cu alte cuvinte, se impune asigurarea din timp a premiselor necesare învățării cu maximum de randament în perioada ce precedă concursul sau examenul. Acest lucru poate fi realizat prin :

— Participarea consecventă și activă la toate formele de activitate (cursuri, laboratoare, seminarii, practică productivă, cercetare etc.) pe întregul an școlar sau universitar, fiecare dintre formele menționate contribuind la asimilarea și consolidarea cunoștințelor.

— Însușirea celei mai adecvate metodologii în studierea disciplinei respective.

— Asimilarea din timpul anului a unei bune părți din materialul de studiu, în vederea eliminării riscului intrării în „criză de timp" și pentru a putea începe pregătirea examenelor pornind de la o bază temeinică de cunoștințe.

— Se învaţă pentru a cunoaşte şi a putea refolosi oricînd ceea ce s-a asimilat şi nicidecum *nu trebuie învăţat pentru a promova un examen*, adică pentru a face dovada cunoştinţelor asimilate numai la o anumită dată. „Învăţarea cu termen" face ca după data respectivă să fie uitate rapid majoritatea datelor învăţate.

— Pregătirea examenelor presupune o judicioasă planificare, menită să garanteze cuprinderea materialului în timpul disponibil pînă la data scadenţei, într-un ritm suficient de alert, dar nu „în viteză", deoarece creşterea vitezei de parcurgere a unui material dincolo de o anumită limită compromite calitatea asimilării, favorizînd superficialitatea, omisiunile şi erorile.

— Sînt necesare pauze de 5—15 minute atunci cînd scade puterea de concentrare (după 1—2 ore de studiu neîntrerupt).

— După cîteva zile de muncă intensă, cînd se instalează o stare de oboseală avansată, vizionarea unui spectacol, o plimbare, un joc sportiv etc. risipesc oboseala şi redau întreaga forţă de muncă.

— În timpul studiului, atenţia se va concentra asupra înţelegerii conţinutului şi nu asupra memorării lui. Marii emotivi, cei neîncrezători în posibilităţile lor (din cauza unui eşec şcolar recent, neaşteptat, a discreditării sau a permanentelor critici şi ameninţări adresate de părinţi), dar şi cei care manifestă o teamă nejustificată faţă de examinatori sînt tentaţi să se concentreze asupra memorării, scăpînd astfel din vedere conţinutul textului parcurs. Nu este permis să se omită faptul că verificarea stocării în memorie şi a capacităţii de evocare şi de redare coerentă a celor învăţate reprezintă timpul doi al studiului, care urmează străduinţei de a înţelege logic cele citite. Această verificare trebuie efectuată pe fragmente, care, luate separat, au un sens de sine stătător.

— Recapitularea şi controlul calitativ al nivelului de pregătire atins sînt mai eficiente „în doi" sau în grup restrîns, folosindu-se cu acest prilej discuţii libere pe marginea subiectelor celor mai dificile.

— Nu se învaţă în noaptea din ajunul examenului, deoarece oboseala produsă de nesomn favorizează apariţia lapsusurilor şi a inhibiţiei la examen. De asemenea, recapitulările „fulger" înaintea intrării în examen sînt riscante şi deci trebuie evitate.

Dar cum procesul de învăţare poate fi influenţat de unii factori psihologici şi ambientali, considerăm necesare unele recomandări :

— Liniştea din încăperea în care se studiază este esenţială, iar celor obişnuiţi să înveţe pe un fond muzical le atragem atenţia că de îndată ce muzica depăşeşte o anumită intensitate devine un factor iritant şi perturbator al activităţii. În căminele şcolare sau de studenţi, fiecare este obligat să respecte liniştea şi, prin aceasta, străduinţele colegilor lor.

— Părinţii, adesea mai îngrijoraţi decît copiii lor aflaţi în prag de examen, trebuie să dea dovadă de multă răbdare şi tact, ţinînd seama de felul propriu vîrstei respective de a reacţiona şi de a se manifesta în aceste momente de grea încercare. În concordanţă cu cele afirmate, trebuie evitate unele comportamente adoptate în intenţia stimulării tînărului, dar care s-au dovedit extrem de dăunătoare. Exemple ca : insistenţa exagerată („pisălogeala"), permanenta ameninţare cu sancţiuni în caz de nereuşită

sau „şantajul afectiv“ (prezentarea eventualului eşec drept cauză posibilă a agravării bolii de care suferă unul din părinţi), severitatea absurdă (constrîngerea tînărului să stea fără întrerupere la masa de lucru sau interzicerea oricărei modalităţi de deconectare specifică vîrstei) etc. au determinat instalarea unor stări tensionale, dominate de frica nereuşitei, iar efortul depus s-a dovedit fără randament. Îndrumarea şi controlul părinţilor sînt necesare şi obligatorii, dar ele trebuie efectuate cu pricepere şi discreţie.

— Cunoscută fiind iritabilitatea crescută, specifică perioadelor de solicitare intensă, se recomandă tînărului şi persoanelor din jur să evite situaţiile conflictuale, care contribuie la scăderea randamentului.

— Întîlnirile prietenești, ca şi celelalte mijloace de deconectare, se cer rărite şi scurtate în aceste perioade de vîrf ale activităţii, dar nu suprimate. Ele nu trebuie să provoace oboseală sau iritare.

— Tinerii nu trebuie să se lase timoraţi de zvonurile „alarmiste“ care circulă frecvent în ajunul examenelor şi al concursurilor, ci conştienţi de buna lor pregătire, să păşească cu încredere şi optimism.

Fără îndoială că factorii menţionaţi nu sînt singurii capabili să influenţeze rezultatele muncii elevului sau studentului. În afară de îndeplinirea condiţiilor de bază necesare parcurgerii şi asimilării cu succes a materialului de studiu, adică vocaţia şi aptitudinile intelectuale generale şi speciale, respectarea principiilor şi recomandărilor prezentate garantează o pregătire temeinică şi durabilă, premisă a succesului.

HIPOCRATE SE AMUZĂ

CONSTATARE

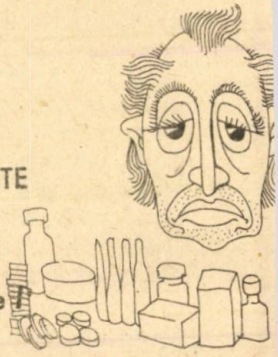
Tinereţea şi-a fumat-o,
Cu alcool şi-a poluat-o,
Iar acuma s-a trezit
Un matur... îmbătrînit !

UNUI FUMĂTOR

S-ar lăsa şi de fumat
(La cafea a renunţat),
Dar îi e de trebuinţă
Tratament pentru voinţă !

ABUZ DE MEDICAMENTE

De ţi-ai cîntări, vecine,
Doctoriile luate,
Cantitatea de buline
Te-ar întrece-n greutate !



UNEI TINERE

Eşti pe viaţa ta stăpînă,
Dar n-atingi al vîrstei pisc
Dacă pleci din zori de mînă
Cu toţi factorii de risc !

TIMPUL LIBER

Cite-odată văd cînd trec
(La oraş ca şi la ţară),
Unii timpul şi-l petrec,
Alţii numai şi-l omoară !

CONDIŢIE

De consultă-un fumător,
Orice medic e dator
Să cunoască exemplar
Meseria de coşar !

G. ZARAFU

limite și posibilități în prevenirea **înapoierii mintale**

DR. **C. MAXIMILIAN**, DR. BIOL. **DOINA IOAN**
INSTITUTUL DE ENDOCRINOLOGIE, BUCUREȘTI

S-a vorbit mult și continuă încă să se vorbească despre originile înapoierii mintale și despre impactul ei social și moral. Uneori, de pe poziții pur biologice, alteori însă, biologia a fost ignorată. Or, înapoierea mintală este o problemă medicală și ea trebuie acceptată ca atare.

Primul aspect și poate cel mai important al acestei probleme îl constituie frecvența acestei tulburări. Dar iată faptele. În toate colțurile lumii cercetate pînă acum, 2–3% dintre toți nou-născuții sînt handicapați mintal. Între 0,5–1% prezintă un deficit major, ceea ce presupune că vor fi dependenți social. Dar cum un procent

mare va dispărea, printre adulți înapoierea mintală severă este destul de rară – sub 0,5%. Pentru a înțelege mai bine semnificația acestor valori, vom aminti că numai în S.U.A. trăiesc cel puțin 6–7 milioane de handicapați.

De mai multe decenii, genetica încearcă să descifreze geneza tulburării. Ei i s-au alăturat biochimiști, medici, epidemiologi, antropologi. Acum există o explicație de ansamblu, coerentă, dar incompletă. In schimb, avem siguranța că în viitorul apropiat vom elucida toate necunoscutele și vom putea institui o politică profilactică complexă, capabilă să reducă pînă la limita posibilului frecvența acestei tulburări.

Este de mult o certitudine că un procent important este condiționat genetic, dar la fel de sigur și mediul are un rol major. Dovada a fost adusă de nenumărate ori atît de experimentatori, cît și de cercetările efectuate în regiunile defavorizate ale lumii contemporane. Toate observațiile demonstrează că dezvoltarea normală a creierului și, implicit, și a inteligenței reclamă o alimentație echilibrată, cu o cantitate adecvată de proteine în primele luni de viață postnatală. Carențele prelungite par să aibă efecte ireversibile. După terminarea perioadei de organizare a creierului, lipsa proteinelor are consecințe mai puțin importante.

Mediul înseamnă însă și infecții virotice (encefalite virotice), toxoplasmoză, intoxicații, uneori cu substanțe chimice banale.

Ne vom opri mai mult asupra rolului eredității – a erorilor genice și cromozomiale care antrenează și un deficit psihic – uneori relativ mic, alteori dramatic, uneori izolat, alteori parte a unui sindrom.

Se cunosc numeroase tulburări ereditare care asociază malformații mai mult sau mai puțin caracteristice cu înapoiere mintală. Fenilcetonuria este exemplul cel mai concludent. Am amintit această tulburare, deoarece ea poate fi descoperită imediat după naștere, beneficiind de un tratament eficace, care permite dezvoltarea normală a copilului, cu condiția ca acesta să fie instituit imediat după detectarea tulburării, mai exact în primele zile de viață și să dureze cel puțin 6–7 ani.

Diagnosticul înapoierilor mintale condiționate de o singură mutație genică nu este întotdeauna ușor. Indiferent de mărimea dificultăților, el trebuie stabilit, deoarece numai astfel se poate preciza riscul nașterii unui nou copil anormal. Aproape totdeauna copiii cu aceste tulburări provin din părinți normali. Fiecare dintre părinți este însă purtătorul unei mutații genice „tăcute" (recesive), fără nici un ecou clinic.

Anomaliile cromozomiale

După două decenii de cercetări asidue, știm că 0,62% dintre toți nou-născuții au o anomalie cromozomială – un cromozom suplimentar, un cromozom de sex absent, pierderi de material genetic – respectiv, o gamă considerabilă de accidente. Unele dintre ele perturbă atît de grav dezvoltarea embrionară încît copilul dispare curînd după naștere. Altele, permit supraviețuirea cu prețul unor malformații mai mult sau mai puțin importante.

In ultimul grup intră și sindromul Langdon-Down, condiționat de prezența unui mic cromozom 21 suplimentar (de aceea, deseori mai este numit sindromul de trizomie 21). Este relativ frecvent : 1/700 de nou-născuți (în toate colțurile lumii).

Copiii cu această anomalie prezintă un complex de malformații atît de ca-

racteristic încît pot fi identificaţi, fără nici o dificultate, imediat după naştere ; firește, există şi erori : copii cu trizomie 21 care nu sînt diagnosticaţi corect şi copii cu alte sindroame, similare clinic, care sînt consideraţi drept copii cu sindrom Down. Siguranţa diagnosticului o dă citogenetica. Mai înainte de descoperirea antibioticelor, mulţi dintre aceştia dispăreau în primii ani de viaţă, deoarece prezintă o sensibilitate deosebită la infecţii. În prezent însă, media lor de viaţă s-a prelungit considerabil.

Toţi aceşti copii sînt înapoiaţi mintal. 5% au însă un coeficient de inteligenţă limită (la graniţa inferioară a normalului).

Multe mame care au născut un copil cu sindrom Down doresc – ca o compensaţie necesară – alt copil. Aşa cum este şi firesc, vor un copil normal. Deseori teama le opreşte, deşi această teamă este rareori justificată. Şi iată de ce : cu puţine excepţii (2–3%), accidentul cromozomial este rezultatul unei banale erori de diviziune celulară. Riscul repetării accidentului este cu totul neglijabil, mai mic chiar de 1%. Un procent foarte mic dintre copiii cu acest sindrom au însă o modificare cromozomială particulară, şi anume un cromozom 21 a fuzionat cu alt cromozom. Aparent ei au numai 46 de cromozomi. Analiza cromozomială permite însă identificarea certă a anomaliei cromozomiale. Această modificare a fost moştenită de la unul din părinţi, din raţiuni nu prea clare, de obicei de la mamă. Părinţii cu asemenea fuziuni sînt normali, ei posedînd întregul material genetic, dar prezintă un risc considerabil de a concepe un nou copil cu sindrom Down. Acest risc va fi stabilit numai de citogenetician. Deci, concluzia logică este ca toţi părinţii care au un copil cu sindrom Down şi care doresc un nou copil să fie investigaţi genetic. Dacă unul dintre ei are o translocaţie specifică, mama va putea naşte numai după stabilirea structurii genetice a fătului, prin amniocenteză.

Descoperiri neaşteptate cu consecinţe practice impresionante

Începutul. Cu cîteva decenii în urmă s-a constatat că procentul băieţilor înapoiaţi mintal este mai mare decît cel al fetelor. Pentru a se explica acest aspect, confirmat în diferite regiuni ale lumii, s-a presupus că există una sau mai multe mutaţii particulare pe cromozomul de sex–X. Aceste mutaţii îşi manifestă efectele aproape exclusiv la băieţi. Ipoteza a fost confirmată. În timp, s-au descris mai multe asemenea tulburări. Cea mai interesantă, dar şi cea mai recentă, asociază o înapoiere mintală moderată, cu o creştere a dimensiunilor testiculelor şi, surprinzător, cu o fragilitate cromozomială specifică – o regiune în care au loc frecvent rupturi spontane. Regiunea este situată pe braţele lungi ale cromozomului X. De acea, acest sindrom a fost numit MOMX–macro-orhiţie marker X.

Băieţii cu acest sindrom nu prezintă nici o malformaţie sau au doar malformaţii minore şi necaracteristice. La fel de important este faptul că mamele lor au şi ele aceeaşi anomalie cromozomială. Fragilitatea apare doar într-un procent oarecare de celule.

Sindromul MOMX ar fi avut doar o valoare teoretică dacă nu s-ar fi observat că administrarea unei substanţe specifice reduce considerabil incidenţa anomaliilor cromozomiale şi paralel şi pe cea a tulburărilor de vorbire. După două săptămîni, ambele anomalii reapar şi tratamentul trebuie reluat. Este prematur să anali-

zăm importanța profilactică a descoperirii. Concluzia practică este evidentă. Orice băiat cu o înapoiere mintală moderată, cu testicule ușor mărite și fără malformații trebuie investigat genetic. De asemenea, și mama.

Din prudență, sîntem obligați să admitem că orice mamă care a născut un băiat cu sindromul MOMX prezintă un risc crescut de a naște încă un băiat cu același sindrom sau o fată purtătoare, adică o fată care, mai tîrziu, poate avea băieți înapoiați mintal.

Deocamdată nu se poate ști dacă sindromul poate fi detectat prenatal. Depinde numai de viitor și de posibilitatea de a se demonstra că anomalia cromozomială poate fi identificată în primele luni de viață intrauterină. Numai atunci medicina va dispune de un nou mijloc de a reduce frecvența înapoierii mintale.

Cîteva concluzii

Orice copil înapoiat mintal trebuie investigat genetic. Ca un principiu cu valoare generală, trebuie știut că înapoierile mintale moderate sînt deseori ereditare.

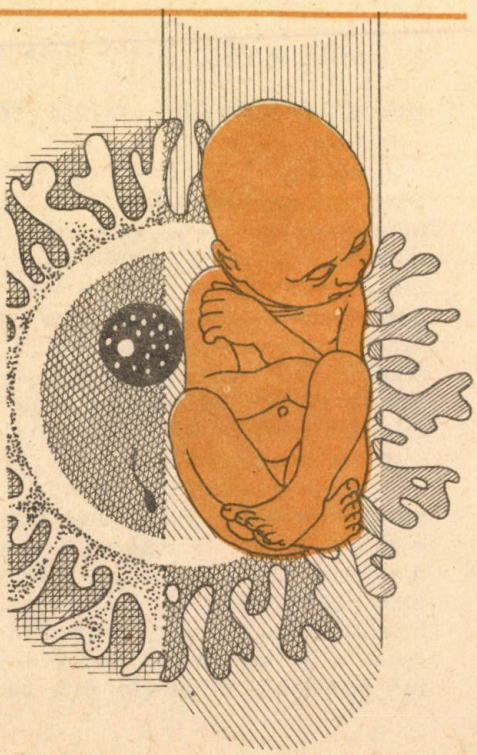
În cazul în care copilul are o înapoiere mintală condiționată de o singură mutație genică, riscul reapariției este mare, iar dacă copilul are o anomalie cromozomială numerică, riscul reapariției este neglijabil.

Investigarea părinților este obligatorie ori de cîte ori copilul prezintă o anomalie cromozomială de structură.

Nu putem evita întotdeauna nașterea primului copil handicapat mintal, dar putem deseori să preîntîmpinăm nașterea altui copil anormal. Este menirea geneticii de a asigura pe toate căile posibile reducerea frecvenței accidentelor genetice. Și posibilitățile ei se amplifică constant.

noi pași în descifrarea misterelor fecundației la om

Primii copii concepuți în eprubetă



Sub microscopul cercetătorilor, fecundația, formarea oului — celula prin a cărei multiplicare succesivă este edificat un nou organism — își dezvăluie treptat misterele.

Fecundația la om are loc prin unirea unui spermatozoid care provine de la bărbat cu un ovul, format de către unul din ovarele femeii, lună de lună, pînă la menopauză. Unirea are loc în interiorul uneia din cele două trompe, formațiuni tubulare ce se deschid la rîndul lor în uter, organ destinat să asigure timp de nouă luni dezvoltarea sarcinii.

Acum mai bine de trei secole, în anul 1672, un anatomist olandez, Reinier de Graaf, descria pentru prima dată în cartea sa intitulată „Despre organele femeii care servesc la înmulțire", o formațiune nu mai mare decît un bob de cireașă (foliculul ovarian), care se formează la femeia adultă pe unul din ovare, lunar, în interiorul căreia, un secol și jumătate mai tîrziu, von Baer descoperea ovulul.

Ovulul, celula germinală feminină, capabilă să fie fecundată de către spermatozoid, este pus în libertate prin ruperea foliculului în a 12-a, a 14-a zi a ciclului menstrual, calculîndu-se din prima zi a ultimei menstruații pînă în preziua menstruației următoare. Acest fenomen este cunoscut sub denumirea de ovulație.

Tot un olandez, de această dată un student de 27 de ani, Johan Ham, descoperea la 5 ani de la apariția cărții lui de Graaf spermatozoidul, celula germinală masculină. Dar viitorul medic și naturalist, pasionat al microscopului, instrument și el inventat cu cîteva decenii mai înainte, considera spermatozoizii ca fiind doar niște paraziți unicelulari ai lichidului eliminat de către bărbat prin ejaculare. Ceva mai tîrziu, s-a dovedit că spermatozoizii, singurele celule ale organismului capabile să se deplaseze prin mijloace proprii, au un rol major în fecundație.

Cît de mari sînt cele două celule germinale : ovulul și spermatozoidul ? Evident, ambele nu pot fi examinate decît la microscop. Ovulul însă este o celulă mare, la limita vizibilității cu ochiul liber, iar volumul său depășește de 250 000 de ori pe cel al spermatozoidului. Acesta prezintă un cap mai mic decît o hematie (globulă roșie) și o coadă care îi servește la propulsie, mult mai lungă. În nucleul lor, ambele celule germinale conțin codul genetic, în care sînt cuprinse toate caracterele ereditare, pe care cei doi părinți le vor transmite oului, iar de aici, fiecărei celule a viitorului copil.

Dar de ce această diferență de mărime a celulelor germinale ? Pentru că ovulul conține în protoplasma ce-i înconjură nucleul, materialul nutritiv din care oul format cu ocazia fecundării se va hrăni în primele lui zile de evoluție. Spermatozoidul, în schimb, este complet lipsit de depozite nutritive. Capul lui este acoperit cu un capișon (acrozomul), pe care îl putem asemui cu scutul folosit de minerii care înaintează în abataje. Cu ajutorul acestui capișon, care conține mai multe enzime, substanțe proteice de o mare complexitate, prezente în toate celulele vii, spermatozoidul reușește să perforeze învelișurile ovulului.

Prin ruperea foliculului ovarian, ovulul liberat pătrunde în trompă, unde se va întîlni cu spermatozoidul și unde va avea loc fecundația. În vaginul femeii, bărbatul nu depune un singur spermatozoid în timpul actului sexual, ci 200 000—300 000 dintr-o dată ! Ei își încep imediat ascensiunea prin col, în cavitatea uterină și trompe. Viteza lor de înaintare este de aproximativ 6 mm pe minut. În 30—180 de minute, ei vor întîlni ovulul. Un număr extrem de mare de spermatozoizi se vor pierde însă pe parcurs. La iepure, de exemplu, s-a putut stabili că cel mult unul dintr-o mie de spermatozoizi depuși în vagin sînt prezenți în trompe, la locul de întîlnire cu ovulul. Este și aceasta o explicație a marii, dar numai aparentei risipe de spermatozoizi pe care o face natura. Primul ajuns, care pătrunzînd în ovul îl va fecunda, suferă deci un larg și sever proces de selecție.

Tentativele altor spermatozoizi de a traversa, la rîndul lor, membrana oului sînt în continuare imediat blocate, prin mecanisme pe care cercetătorii abia acum reușesc să le descifreze. Oul, al cărui diametru abia depășește o cincime dintr-un milimetru, odată format, își începe imediat diviziunea. După mai puțin de trei luni, viitorul organism este complet conturat, iar după alte șase, va vedea lumina zilei o nouă ființă umană.

Aplicațiile practice ale cunoștințelor asupra fecundării la om, acumulate progresiv pe parcursul ultimei jumătăți de

secol, încep să se contureze în ultimii ani. A devenit astfel posibilă corectarea unor forme ale sterilității, cu ajutorul fertilizării artificiale.

A putut fi explicată pe baze științifice succesiunea, lună de lună, a perioadelor în care femeia poate să rămînă gravidă, deci poate fi fecundată, precum și a perioadelor în care ea este temporar sterilă. Am arătat că ovulul este eliberat de către folicul la femeile cu ciclul regulat, la jumătatea acestuia, adică a intervalului care separă două menstre succesive. Durata de viață a ovulului nu depășește însă 12 pînă la 24 de ore, după care, dacă nu este fecundat, se va liza, dispărînd. Dar nici viața spermatozoizilor nu este prea îndelungată. Ei pot fi conservați la temperaturi scăzute, zile sau chiar săptămîni, însă în căile genitale ale femeii, de obicei, nu trăiesc mai mult de una sau două zile. Rezultă deci că, raportul sexual fecundant trebuie să aibă loc concomitent sau să preceadă cu cel mult 2 zile ovulația, pentru ca femeia să rămînă gravidă.

Fertilizarea artificială este practicată pe scară largă în zootehnie. La om, a început să fie introdusă treptat în tratamentul unor forme speciale ale sterilității conjugale (a unui cuplu). Se recurge la însămînțarea artificială a femeii atît în cazul incapacității soțului de a realiza raporturi sexuale, datorită unor traumatisme sau boli ale măduvei spinării, cît și în cazul sterilității cauzate de anomalii ale structurii anatomice sau ale funcției colului uterin. De asemenea, se recurge la însămînțarea artificială a femeii și în cazul sterilității datorate absenței sau numărului insuficient de spermatozoizi din sperma bărbatului. În aceste cazuri, se recurge la spermă de la donatori necunoscuți, care este introdusă direct în uterul femeii. Considerente etice îndeosebi determină ca însămînțarea cu spermă de la donatori necunoscuți să nu fie admisă în numeroase țări.

Mai recent, a fost pusă la punct fertilizarea in vitro. Fertilizarea in vitro sau în eprubetă se adresează cazurilor de sterilitate în care sînt implicate trompele femeii. Acestea pot să lipsească după intervenții chirurgicale, cel mai adesea practicate pentru sarcini extrauterine. Alteori, trompele pot fi înfundate (obstruate). La fiecare cinci femei sterile, două nu rămîn însărcinate datorită obstrucției trompelor, determinată de inflamații (anexite), care, la rîndul lor, sînt o consecință a avorturilor.

Dar pentru a se obține primul copil în eprubetă, a fost necesară învingerea de către cercetători a unor obstacole deosebite. Astfel, pentru a fi fecundat în eprubetă, ovulul, de dimensiuni microscopice, este prelevat la jumătatea ciclului menstrual, și anume atunci cînd și-a atins deplina maturitate, înainte însă de a fi părăsit foliculul ovarian. Momentul optim pentru captarea lui este stabilit prin dozări hormonale de o mare precizie, efectuate cu ajutorul radioizotopilor sau prin investigații cu ultrasunete. Recoltarea ovulului este posibilă în prezent, recurgîndu-se la aparate speciale (laparoscoape), prevăzute cu sisteme optice. Laparoscoapele se introduc, sub anestezie, în abdomenul femeii, prin incizii ale pielii. După prelevare, ovulul este plasat într-un lichid special. Aici este pus în contact cu spermatozoizii, care și ei au fost supuși, după recoltare, unor prelucrări deosebite. Fecundarea are deci loc în eprubetă ; tot aici oul își va petrece și primele lui 3—4 zile de viață. După fecundare, acesta se divide succesiv în noi și noi celule, iar cînd numărul lor a ajuns la 8—16, oul va fi plasat în uterul femeii, cu ajutorul unei sonde speciale.

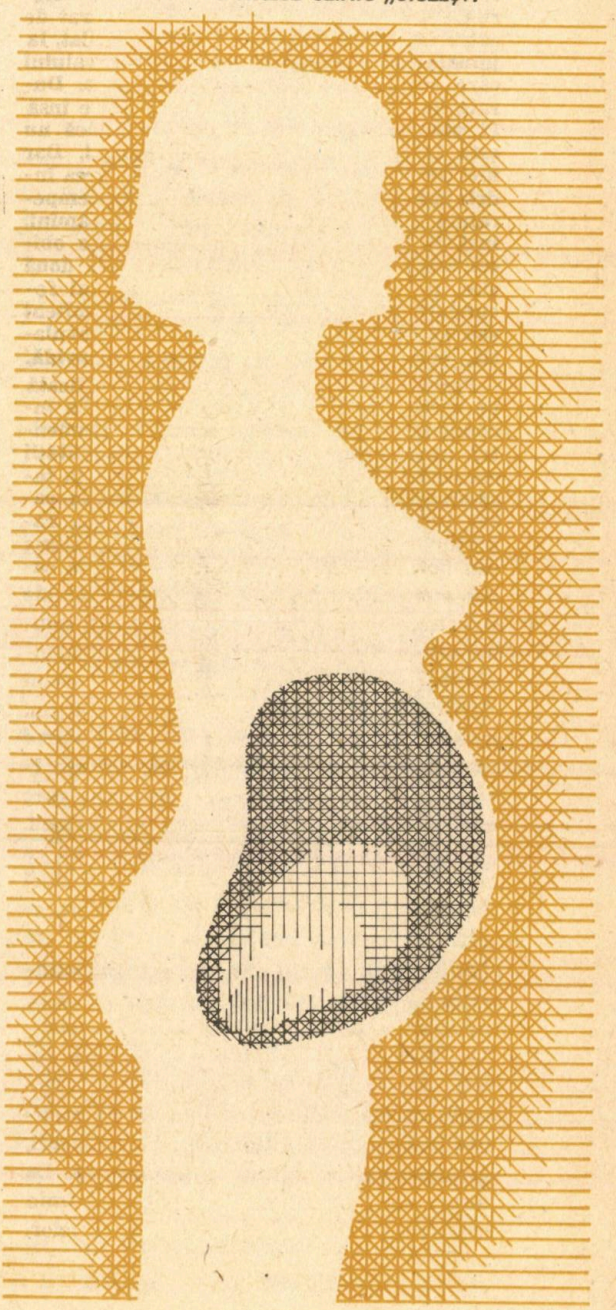
Care sînt șansele de succes ale fertilizării în eprubetă ? În prezent, sub 3% ! Trebuie menționat că doar jumătate din tentativele de recoltare a ovulelor prin laparoscopie sînt fructuoase. Fecundarea în eprubetă a ovulelor este posibilă doar în 75% din cazuri. Dar pentru a ne face o imagine cît mai aproape de realitate, vom relata faptul că din 50 de ouă implantate pînă în anul 1981 de către cercetători englezi și australieni, reuniți în trei echipe de lucru, au rezultat 6 copii concepuți în eprubetă, în timp ce numărul total al femeilor sterile care au fost supuse tratamentului a fost de 168.

Desigur, rezultatele privite prin prisma șanselor de reușită sînt încă departe de aspirațiile atîtor femei doritoare de a deveni mame. Succesul în sine este incontestabil și, cu siguranță, în viitorul apropiat, biologia reproducerii umane va face noi și importanți pași pe acest drum.

DR. N. CRIȘAN
SPITALUL CLINIC AL MUNICIPIULUI BUCUREȘTI

MEDICAMENTELE și sarcina

DR. AL. DOBRE
SPITALUL CLINIC „GIULEȘTI"



Medicina modernă este tot mai mult confruntată cu multiplele și complexele aspecte pe care le implică utilizarea nejudicioasă sau abuzivă a medicamentelor.

Reacțiile adverse ale acestora, tot mai numeroase în ultimele decenii, se constituie ca un revers negativ al numărului crescut de medicamente intens active, adesea cu un prag terapeutic apropiat de cel toxic. Din acest motiv, medicația modernă constituie actualmente obiectul unei permanente atenții a specialiștilor din toată lumea, care caută să neutralizeze pe cît posibil potențialul lor toxic.

Deoarece un număr — este adevărat — redus de medicamente, administrate femeilor în perioada gravidității, sînt capabile să ducă la malformații ale fetusului, obligă nu numai la o prudență maximă, dar și la evitarea utilizării lor.

Aceste medicamente, numite teratogene, acționează selectiv asupra embrionului și mai puțin asupra fătului, modificîndu-i dezvoltarea, în sensul că determină defecte ale unor viitoare organe sau sisteme. Perioada cea mai critică este cea de morfogeneză rapidă, cînd intervin mecanisme inductoare complexe și fragile, ușor de perturbat. Or, la om, această perioadă începe aproximativ în a 20-a zi după fertilizare și se prelungește pînă la sfîrșitul celei de a 3-a luni de sarcină. Practic, sensibilitatea la agresiunea medicamentoasă este foarte mică la sfîrșitul dezvoltării embrionare, cînd organogeneza este terminată în mare parte.

Pînă în anul 1941, oamenii de știință erau preocupați aproape exclusiv de rolul factorilor genetici și infecțioși în producerea malformațiilor. În

acel an s-a atras pentru prima dată atenţia asupra asocierii unor decese sau malformaţii la nou-născuţii ai căror mame au suferit de rubeolă în timpul sarcinii.

După douăzeci de ani, lecţia tragică a Thalidomidei (medicament tranchilizant, sedativ) a atras atenţia întregii lumi asupra rolului nefast al medicamentelor consumate în timpul sarcinii. Au fost afectaţi mai mult de 7 000 de copii din 28 de ţări, ceea ce a impus lansarea unui proces general de punere la punct a desfacerii oricărui medicament nou, accentul punîndu-se pe înfiinţarea unui sistem sever de supraveghere şi control. Şi aceasta, pentru că securitatea unui medicament nou nu poate fi judecată numai după urmărirea unor efecte nedorite, pe termen scurt. Probele pe care trebuie să le treacă substanţele pînă să poată fi introduse în terapeutică sub formă de medicamente noi sînt foarte severe, fiind nevoie de foarte mulţi ani de cercetări asidue. Dar reacţiile grave ale medicamentelor pot să rămînă multă vreme imprevizibile.

Importanţa acestei probleme poate fi relevată şi de faptul că, anual, se prescriu 1—2 bilioane de medicamente, în timp ce alte 500 de produse noi sînt introduse în circuitul farmacologic. Cercetătorii au stabilit că gravidele sînt expuse la o medie de 3—7 medicamente în timpul primului trimestru de sarcină, pentru ca acest consum să ajungă la 7—8 medicamente, în ultimul trimestru. De asemenea, s-a mai constatat că 80% din medicamentele folosite reprezintă automedicaţie, fără prescripţie de specialitate.

Există mai multe categorii de substanţe medicamentoase generatoare de defecte congenitale. În categoria medicamentelor cu efect teratogen *real* sînt considerate tranchilizantele de tipul Thalidomidei, Progesteronul, hormonii androgeni (Testosteronul), Methotrexatul (un anticancerigen) şi medicamentele antitiroidiene.

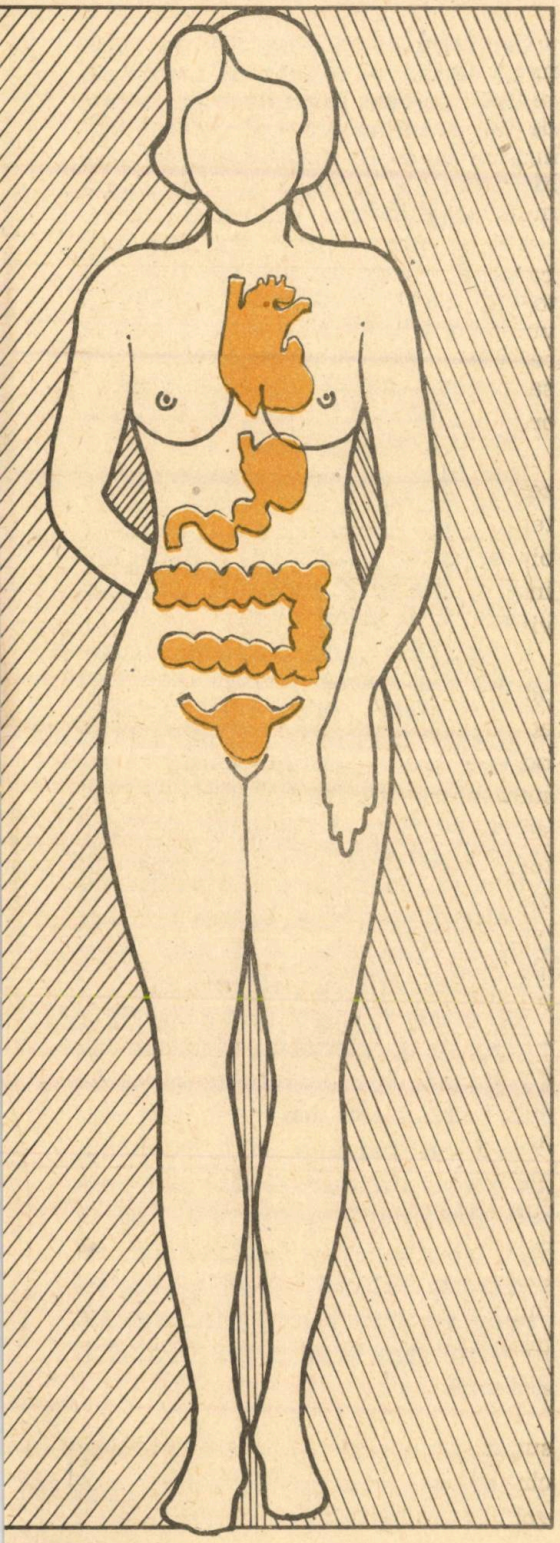
O altă categorie o constituie medicamentele aşa-zise *suspecte* a fi teratogene, din care menţionăm : anticonvulsivantele, anorexicele (folosite în regimul de slăbire), hipoglicemiantele sau antidiabeticele cu administrare orală.

Cea de-a treia categorie este reprezentată de medicamente *posibile* a fi teratogene, cum sînt : aspirina, antibioticele, tuberculostaticele, chinina, insulina, barbituricele (somniferele), vitaminele A şi B în exces.

Mai există o categorie foarte importantă de medicamente, şi anume aceea care poate să producă *reacţii adverse* la nou-născut, dacă sînt consumate pe perioade mai lungi de timp sau mai aproape de momentul naşterii, datorită acţiunii lor farmacologice sau toxice obişnuite. Astfel, Tetraciclina poate să producă modificări ale culorii dinţilor la copil, dar şi o tulburare a creşterii osoase, în special a oaselor lungi, Cloramfenicolul poate să dea aşa-numitul sindrom cenuşiu, cu colorarea închisă, ternă, a tegumentelor nou-născutului, iar Eritromicina poate să inducă tulburări ale funcţiei hepatice.

Opiaceele, anestezicele generale şi locale, precum şi barbituricele, administrate mamei, deprimă sistemul nervos central şi pot împiedica respiraţia copilului la naştere.

De asemenea, Meprobamatul, consumat timp îndelungat în timpul sarcinii, va determina întîrziere în dezvoltarea copilului, iar medicamentele



pe bază de rezerpină (antihipertensive) induc letargie, congestie cu obstrucție nazală și bradicardie (rărirea ritmului cardiac) la nou-născut.

Și sulfamidele, consumate în perioada graviditățiii, pot produce anemie, iar sedativele, modificări de comportament ale nou-născutului. La fel de dăunătoare s-au dovedit și medicamentele antitiroidiene, care pot determina nașterea unor copii cu gușă, hipotiroidie și deficiențe mintale.

Considerată ca cel mai răspîndit medicament din lume, aspirina nu este nici ea inofensivă. Circa 80% din femei o folosesc în cursul sarcinii. Cercetări recente au determinat existența unei coincidențe a consumării acestui medicament în cursul sarcinii cu malformații ale sistemului nervos și ale tractusului intestinal și, în special, cu creșterea dismaturității și a mortalității perinatale.

Un risc deosebit pentru femeia gravidă îl reprezintă folosirea antiemeticelor (Emetiral, Torecan) tocmai în „perioada vulnerabilă", cum este socotită perioada primelor zece săptămîni de gestație. Este perioada cînd viitoarea mamă are grețuri și vărsături, ceea ce o determină să recurgă, uneori abuziv, la medicamente antiemetice. Acestea au un potențial crescut de a produce malformații ale coloanei vertebrale, numite *spina bifida*, iar unii specialiști citează chiar cazuri de anencefalie (nedezvoltarea craniului).

Femeilor diabetice li se recomandă evitarea sarcinii, iar dacă acest lucru nu este posibil, ele trebuie să știe că tabletele hipoglicemiante (Tolbutamid), ca și înlocuitorii de zahăr (Ciclamatul de sodiu), au un potențial teratogenic crescut. De asemenea, fe-

meile care prezintă fenomene alergice, în cursul sarcinii vor evita folosirea antihistaminicelor în doze crescute sau administrate pe o durată de timp prelungită. Pînă în prezent nu s-au confirmat efecte adverse la copil, dar la animalele de laborator studiate s-au obținut malformații, în special osoase.

Considerăm necesar să atragem atenția că potențialul teratogen crescut al tranchilizantelor (Hidroxizinul, Diazepamul, Meprobamatul și Clorpromazina) este un argument care pledează pentru interzicerea lor cu desăvîrșire în timpul sarcinii. Fixarea acestora la nivelul creierului este cea mai redutabilă. Dealtfel, anomaliile oculare, cele ale sistemului nervos central și defectele scheletale se numără printre cele mai frecvente malformații.

Dar lista medicamentelor interzise în perioada gravidității nu se încheie aici. Faptul că un număr deosebit de restrîns de medicamente nu au contraindicații pledează pentru limitarea consumului de către femeia gravidă și, mai ales, contra autoadministrării lor.

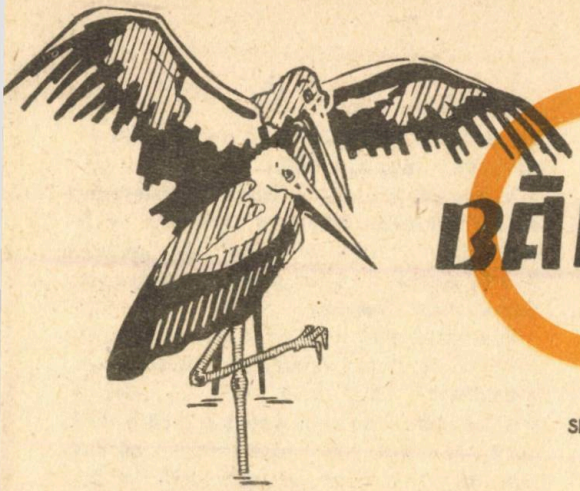
Printre cauzele care determină malformații congenitale se mai pot include atît alcoolul, cît și tutunul. Copiii născuți din mame consumatoare de alcool prezintă încă din primele zile de viață extrauterină numeroase anomalii structurale și funcționale, cum sînt : anomalii de creștere și dezvoltare, anomalii ale craniului și ale scheletului, manifestate sub forma unor malformații osoase sau a unor rigidități articulare, făcînd imposibil mersul la vîrsta la care copilul începe să facă primii pași. Întîrzierea dezvoltării psihice este aproape regulă.

Cercetări recente au scos în evidență faptul că și tutunul constituie pentru mamele fumătoare un factor de risc. Nicotina deprimă centrul respirator la copil, astfel încît primele respirații ale acestuia sînt întîrziate și de amplitudine redusă. În plus, copiii ai căror părinți sînt fumători prezintă o sensibilitate crescută la infecții ale căilor respiratorii, datorită efectului iritativ al nicotinei asupra mucoasei aparatului respirator. De asemenea, fumatul influențează greutatea copilului la naștere, iar nașterea prematură este frecventă.

Dar în afara medicamentelor, în geneza malformațiilor se mai pot include și factorii genetici — mai puțin cunoscuți —, precum și cei de mediu extern, cum ar fi : radiațiile, infecțiile și tulburările metabolice.

Abordînd această problemă deosebit de importantă pentru sănătatea copiilor noștri, considerăm necesar să atragem atenția asupra faptului că unele femei, nedorind sarcina la un moment dat, recurg la o serie de tentative abortive, combinînd tot felul de medicamente, în doze mari și repetate. În general, aceste tentative nu au efectul scontat și adesea sînt urmate de disperarea că viitorul copil s-ar putea naște cu malformații.

De aceea, de foarte multe ori, chiar înainte de a exterioriza fericirea de a fi mamă, chiar înainte de a întreba dacă copilul este băiat sau fată sau dacă îi seamănă, în primul rînd mama dorește să afle dacă copilul este normal. Abia după confirmarea acestui fapt, bucuria devine deplină și emoția copleșește sufletul, care a palpitat vreme de nouă luni pentru scînteia de viață care îi va aduce lumină și speranță.



ESTE BĂIAT SAU FATĂ?

DR. N. CRIȘAN
SPITALUL CLINIC AL MUNICIPIULUI BUCUREȘTI

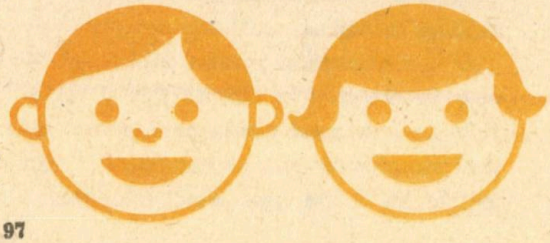
Iată întrebarea pe care o pune de regulă proaspăta mamă în clipele imediat următoare nașterii copilului. Aceeași întrebare și-au pus-o de nenumărate ori viitorii părinți, în lunile ce au premers aducerii pe lume a copilului mult dorit. Este băiat sau fată ? S-au întrebat nu odată medicii, biologii și, mai recent, geneticienii, confruntați cu misterele reproducerii umane.

Dacă ne referim la colectivități largi, la populația unei țări, de exemplu, remarcăm că băieții și fetele se nasc în proporții aproape egale. În cadrul colectivităților restrînse și mai ales al familiilor se înregistrează și excepții. Sînt cunoscute familii numeroase, în rîndul cărora, generații după generații, s-au născut doar băieți. În anii 70, o celebră vedetă a fotbalului brazilian își abandona soția, pentru că născuse nu mai puțin de 7 fete, fără să-i asigure un descendent de sex masculin care să-i preia locul în echipa națională. Și tot ca o excepție relatăm și evenimentul petrecut acum mai bine de două decenii, cînd un trib izolat în pădurile ecuatoriale se afla în pragul dispariției, deoarece de cîteva generații femeile năsteau doar fete.

Știm în prezent prin ce este determinat sexul fiecărui individ în parte. Putem, este adevărat nu foarte simplu, să stabilim cu mult înainte de nașterea copiilor, dacă aceștia sînt de sex masculin sau feminin. Știința nu a putut răspunde încă prin ce mecanism este predeterminat sexul descendenților noștri. De ce un anumit nou-născut este băiat și nu fată sau invers ? De ce pe întreg globul numărul nou-născuților, băieți și fete, este aproximativ egal ? Cum este menținut echilibrul între cele două sexe ?

Sexul este înscris în fiecare celulă a organismului nostru prin doi cromozomi speciali, notați cu literele X și Y. La femeie sînt reuniți doi cromozomi sexuali X, pe cînd bărbatul dispune de un cromozom Y alături de un cromozom X.

Ovulele produse de către ovarele femeii conțin cîte un singur cromozom sexual, evident un cromozom X. Spermatozoizii conțin, la rîndul lor, un singur cromozom sexual. Jumătate din ei dispun de un cromozom X, pe cînd cealaltă jumătate, de un cromozom Y. Deci, spermatozoizii sînt cei care stabilesc sexul viitorului descendent. Dacă un spermatozoid Y fecundează ovulul, va rezulta un băiat și, dimpotrivă, dacă ovulul este fecundat de către un spermatozoid X, sexul viitorului copil va fi feminin. S-a spus că spermatozoizii purtători ai cromozomului Y sînt mai rapizi și deci vor ajunge primii în trompe, locul obișnuit al întîlnirii cu ovulul, pe care unul din ei îl va fecunda. Dacă ovulul nu a fost încă expulzat de



către ovar, spermatozoizii rapizi, purtători ai cromozomului specific sexului masculin, vor dispărea. Locul lor este luat de către spermatozoizii X, mai lenți. Întîrzierea le este favorabilă acestora, deoarece unul din ei, ajuns în timp optim la locul întîlnirii în trompă, va fecunda ovulul, rezultînd astfel o fetiță.

În concepția cercetătorilor care au enunțat această ipoteză, sexul viitorului copil depinde deci de momentul în care are loc contactul sexual fecundant, în raport cu ovulația. Dacă acesta precedă ovulația cu un interval de timp scurt, se va naște un băiat. Dacă intervalul de timp este ceva mai lung, sexul viitorului copil va fi feminin.

Alți cercetători au arătat că în perioadele de război și în anii de lipsuri materiale care urmează conflagrațiilor sau calamităților naturale, spermatozoizii Y, din motive nu foarte bine clarificate, fecundează în mod preferențial ovulele. Se vor naște deci, mai ales băieți.

Vîrsta părinților, influențele exercitate de către lunile anului în care are loc fecundația, au fost, la rîndul lor, invocate în conceperea cu precădere a băieților sau, dimpotrivă, a fetelor.

Procentul embrionilor de sex masculin rezultați în urma fecundării ovulelor este considerabil mai mare decît al celor de sex feminin. Dar se dovedește încă o dată, dacă acest lucru mai este necesar, că așanumitul „sex tare" se comportă în fața solicitărilor vieții ca și sexul slab. Embrionii de sex masculin sînt avortați într-o proporție mult mai mare. La naștere totuși, băieții se mențin preponderenți : 106 la 100 fetițe. Pînă la pubertate, proporția celor două sexe se va egaliza, pentru ca treptat, odată cu înaintarea în vîrstă, femeile să devină preponderente. Se va ajunge ca din 80 de persoane care vor atinge vîrsta de 80 de ani, doar 3 să fie bărbați !

Dar poate fi stabilit cu certitudine sexul fătului înainte de naștere ? Determinarea sexului copilului în uter este astăzi perfect posibilă și aceasta chiar din primele luni de sarcină. Sînt folosite pentru examen celule ale învelișurilor oului, recoltate prin colul uterin. În același scop sînt utilizate celulele care plutesc în lichidul amniotic, lichid în care fătul înoată pe parcursul celor nouă luni de viață intrauterină. Cu ajutorul unor ace foarte fine, se extrage o cantitate mică de lichid. Celulele sînt separate prin centrifugare, cultivate pe medii speciale și apoi examinate. Și cu ajutorul ultrasunetelor poate fi uneori stabilit sexul feților, identificîndu-se astfel organele genitale. Reperarea acestora nu este însă facilă, iar afirmarea că aspectul lor constatat prin examenul ultrasonic corespunde unuia sau celuilalt sex este adeseori hazardată.

Predeterminarea sexului se numără printre preocupările la ordinea zilei în

zootehnie. Soluția constă în separarea spermatozoizilor X de spermatozoizii Y și fecundarea artificială, după dorință, a animalelor de reproducere cu unul din cele două tipuri de spermatozoizi.

S-a încercat, fără ca rezultatele să fie pînă în prezent cele scontate, separarea spermatozoizilor prin centrifugare, electroforeză, tehnici imunologice. Cu siguranță, într-un viitor nu prea îndepărtat, reproducerea animalelor domestice de un sex sau altul, în proporții prestabilite, conforme cu nevoile omului, va fi perfect realizabilă.

Dar pentru specia umană, acest lucru va deveni posibil ? Răspunsul nu poate fi decît afirmativ. Va putea fi aplicată această achiziție a biologiei și la om ? De această dată, răspunsul devine mult mai dificil. Pentru societate, păstrarea proporției între cele două sexe este absolut obligatorie, iar preferințele părinților înclină, cel puțin în prezent, net în favoarea băieților.

Stabilirea sexului fetilor pe parcursul vieții lor intrauterine este efectuată în momentul de față ocazional, în cadrul unor investigații ce impun recoltarea de lichid amniotic, prin puncția oului uman. În viitorul nu prea îndepărtat, această metodă se va înscrie printre cercetările de rutină ale medicinii, în vederea diagnosticării anomaliilor legate de diferențierea sexuală a embrionilor umani în primele lor săptămîni de dezvoltare intrauterină, permițînd medicului intervenția în timp util.

PILULE VESELE

– Eu și soția mea avem vederi opuse.
– De ce ?
– Ea este mioapă, iar eu prezbit !

– Doctore, am urmat sfatul dumneavoastră pentru ca să adorm. Am numărat aseară, în pat, pînă la 217 659...
– Și pe urmă ?
– S-a făcut ora să plec la serviciu !

– Aș vrea să fiu primit de tovarășul director al spitalului.
– Nu este aici !
– Cînd se înapoiază ?
– La un minut după ce plecați dumneavoastră !

– Spuneți-mi, tovarășe farmacist, ce este în borcanul acela mare din dreapta ?

– Tot ce-i dau unui pacient a cărui rețetă este scrisă neinteligibil !

– Băiete, știi că oxigenul, atît de necesar vieții, a fost descoperit acum vreo două secole ?
– Nu, tăticule ! Dar pînă atunci cum trăiau oamenii ?

– Ce prenume doriți să puneți fiului dumneavoastră nou-născut ?
– Zptklmfr !
– Aaa... sînteți străin ?
– Nu ! Medic oculist !

– Tovarășe student, știi prea puțin la examen. La vîrsta dumitale, Machedon cucerise lumea.
– Se poate, dar el îl avusese ca profesor pe Aristotel !

Culese de *V. D. POPA*

EPIGRAME

REÎNTÎLNIRE

V-am fost odată pacientă,
Domnule doctor, v-amintiți?
Iar eu, în replică prudentă:
Ce faceți, doamnă, mai trăiți?

UNEI FARMACISTE ARȚĂGOASE

Văzînd cum tot îți descarci focul,
Mă-ntreb, căci asta mi-e dilema,
Unde ți-ar fi mai bine locul:
La „separanda" sau „venena"?

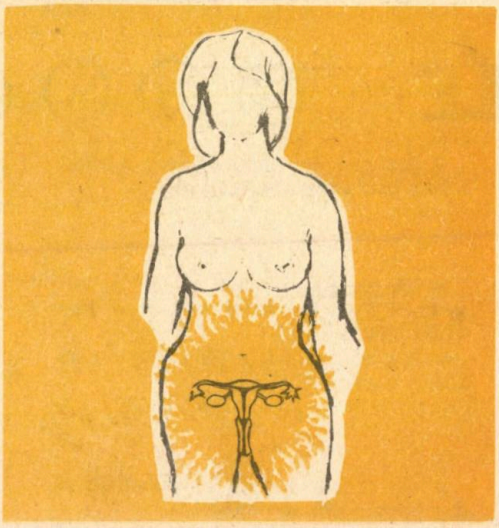
UNUI RADIOLOG

Departe de-un amurg feeric
Și de frunzișul din copac,
Stînd tot mereu în întuneric,
A devenit și el... opac.

MIRCEA ANGELESCU

CANCERUL COLULUI UTERIN

și viața sexuală



Practicarea pe scară tot mai largă a examenelor citologice pentru depistarea în timp util a cazurilor suspecte de cancer al colului uterin și, consecutiv, aplicarea tratamentului în fazele incipiente ale bolii au scăzut în mod considerabil mortalitatea prin cancer de col. Și totuși, tributul de vieți omenești plătit bolii continuă să fie ridicat. În țara noastră mor anual peste 1000 de femei din cauza cancerului de col. Deși dispunem de o rețea bine organizată a serviciilor de *screening* citologic, neprezentarea cu regularitate a femeilor la examinările de control constituie motivul principal pentru care neoplazia de col nu poate fi surprinsă în fazele ei cele mai incipiente, cînd este perfect vindecabilă, chiar prin metode simple de tratament, fără infirmități ale aparatului genital. Dealtfel, colul uterin fiind un organ ușor accesibil unei explorări directe, permite depistarea neoplaziei într-un stadiu foarte precoce, preclinic chiar.

De aceea, pledăm pentru efectuarea cu regularitate a controalelor periodice, cunoscut fiind faptul că boala evoluează de obicei mult timp asimptomatic.

În cancerul de col uterin, ca dealtfel și în alte afecțiuni, deziderатul major îl constituie prevenirea bolii. Desigur, este mai ușor să previi decît să tratezi, deoarece boala, odată declanșată, înseamnă suferință, incapacitate temporară de muncă, retragere din viața activă, cu profunde implicații socio-economice.

Prevenirea bolii vizează, în primul rînd, factorii săi de risc, adică acei factori care se asociază cu boala. Dar care sînt aceștia în cazul cancerului de col uterin? Observații dintre cele mai vechi au relevat asociația dintre viața sexuală și cancerul de col. Încă din anul 1842, Stern Rigone din Verona a observat raritatea bolii la virgine. Numeroase investigații efectuate în zilele noastre au permis individualizarea unor parametri ai vieții sexuale ca factori ce ar putea fi incriminați în apariția cancerului de col.

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

Unul din factorii cei mai cercetați este *debutul precoce al vieții sexuale.* Studii întreprinse în numeroase țări au evidențiat că femeile care și-au început viața sexuală sub vîrsta de 20 de ani și mai ales sub 17 ani prezintă un risc crescut pentru cancerul de col uterin. Frecvența îmbolnăvirilor este de 1,7 ori mai mare în cazul debutului vieții sexuale sub vîrsta de 20 ani și de 2,8 ori mai mare sub vîrsta de 17 ani.

Și căsătoria la vîrste prea tinere este un factor de risc pentru cancerul cu această localizare. Cercetări recente efectuate în diferite țări de pe glob confirmă, aproape ca o regulă, relația dintre vîrsta căsătoriei și cancerul de col. Debutul vieții sexuale la vîrste la care maturitatea genitală nu s-a produs încă, sarcinile, dar și alte consecințe întîlnite la această vîrstă explică pe deplin corelația dintre cancerul uterin și viața sexuală.

Căsătoriile multiple sau partenerii sexuali multipli, instabili, sînt, de asemenea, cauze ce pot favoriza cancerul colului uterin. În acest sens pledează rezultatele unor investigații care evidențiază că frecvența îmbolnăvirilor de cancer la persoanele cu astfel de antecedente este de 1,7–2 ori mai mare.

Printre factorii favorizanți amintim și *viața sexuală în condiții de igienă intimă defectuoasă și, în general, neglijarea igienei intime.* Așa se explică incidența scăzută a bolii în țările în care nivelul de igienă individuală este mult crescut și unde populația a dovedit interes pentru însușirea cunoștințelor de educație sanitară. Un exemplu în acest sens ni-l oferă femeile parse din India, a căror viață sexuală se desfășoară în condiții de igienă intimă foarte riguroasă.

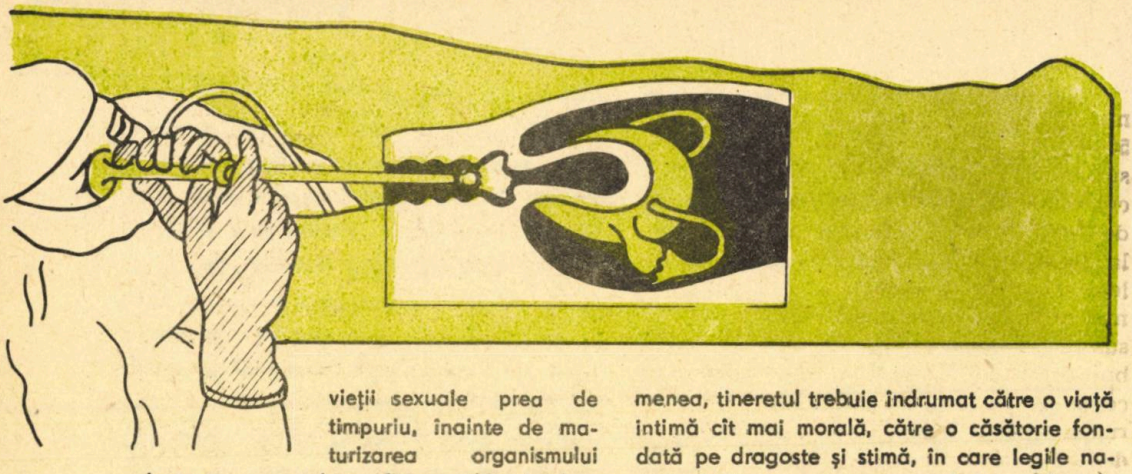
Cercetările moderne sugerează ideea conform căreia cancerul colului uterin poate fi considerat o *boală de tip venerian,* al cărei agent etiologic ar fi virusul *Herpes simplex hominis* tip II-genital (VHS-II), care se transmite prin contact sexual. În cazul unor contacte sexuale cu parteneri multipli, instabili, în condiții de igienă intimă precară, există posibilitatea contaminării cu acest virus și deci a instalării bolii. Susținînd această etiologie a bolii, unii autori au explicat de ce frecvența cancerului de col uterin este mai ridicată în unele orașe de pe glob, în special în porturi, rău famate pentru libertinaj.

Dar în afara factorilor cauzali enumerați, au mai fost incriminate și *raporturile sexuale mult prea frecvente, lavajele vaginale cu diverse substanțe chimice, pilulele anticoncepționale* (mai ales cele pe bază de hormoni), *nașterile la vîrste foarte tinere, chiuretajele cu traumatizarea colului* (efectuate de persoane necalificate).

Alături de factorii endogeni – hormonali și metabolici –, în etiologia bolii se înscrie și acest ansamblu de factori, ușor de combătut printr-o viață sexuală normală, în condițiile unei conduite morale și de igienă corespunzătoare.

Un rol deosebit în profilaxia bolii revine educației. Părinții, educatorii și medicii au datoria să explice tineretului că începerea

35467



vieții sexuale prea de timpuriu, înainte de maturizarea organismului sub toate aspectele – fizic, psihic, intelectual – este plină de consecințe, că organismul suportă cu atît mai greu activitatea sexuală și urmările sale medicale și sociale cu cît este mai tînăr, mai neformat. De asemenea, tineretul trebuie îndrumat către o viață intimă cît mai morală, către o căsătorie fondată pe dragoste și stimă, în care legile naturii să fie respectate, cunoscîndu-se efectele nocive ale practicilor abortive.

Dr. *ELENA BARNEA*
CERCETĂTOR ȘTIINȚIFIC

Există forme de LEUCEMIE vindecabile

Frecvența îngrijorătoare a bolii canceroase în lumea contemporană face, spre surprinderea noastră, tot mai multe victime printre copii. Dintre toate bolile canceroase care afectează populația infantilă, leucemiile sînt cel mai des întîlnite. Din fericire însă, la copilul mic predomină o formă specială de leucemie, denumită „leucemia limfoblastică acută", care — se pare — răspunde cel mai bine la tratament.

Leucemiile se întîlnesc la orice vîrstă, dar cei mai afectați sînt copiii în jurul vîrstei de 3—4 ani și în perioada prepubertară. Există și forme de leucemie care se întîlnesc la copilul foarte mic, cu care acesta se naște, dar din fericire aceste forme sînt deosebit de rare.

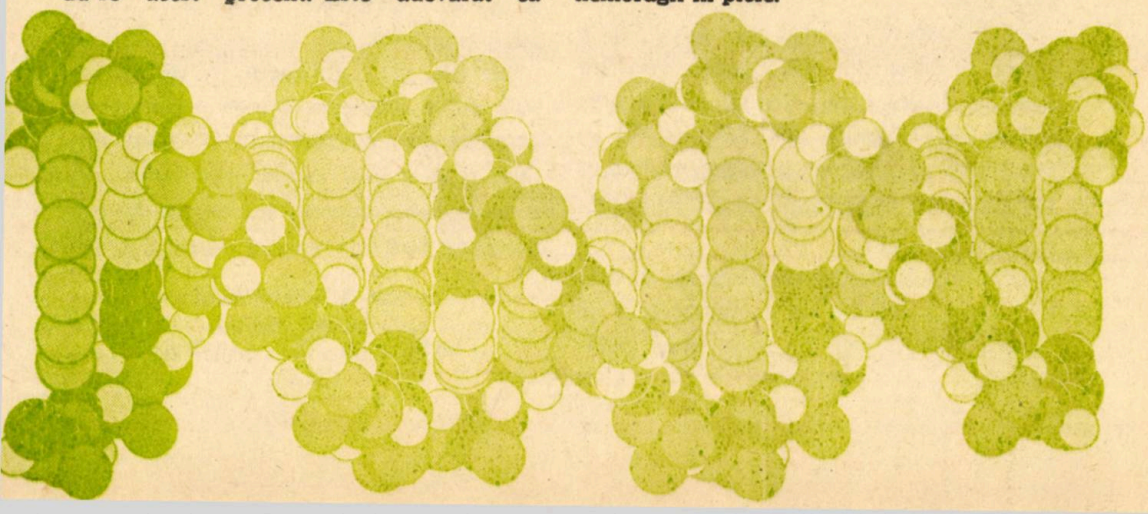
Dealtfel, leucemia nu este o boală specifică numai omului, ci ea se întîlnește și la păsări și animale ; dar dacă la acestea din urmă cauza a fost depistată, izolîndu-se virusurile care o provoacă, nu același lucru se poate spune și despre leucemia umană. Nu se știe încă sigur de ce există forme diferite, de ce la anumite vîrste afectează deopotrivă ambele sexe și de ce această egalitate este relativă la copiii mai mari, întîlnindu-se mai frecvent la băieți. Ceea ce se știe însă sigur este faptul că există o serie de factori favorizanți. Astfel, frecvența bolii va fi mai crescută în familiile unde au mai fost cazuri de leucemie, dar și unele boli familiale sau genetice se însoțesc de un procent mai ridicat. Nu trebuie omis nici faptul că există și o serie de factori exogeni care favorizează boala. Toată lumea știe că după exploziile atomice din Japo-

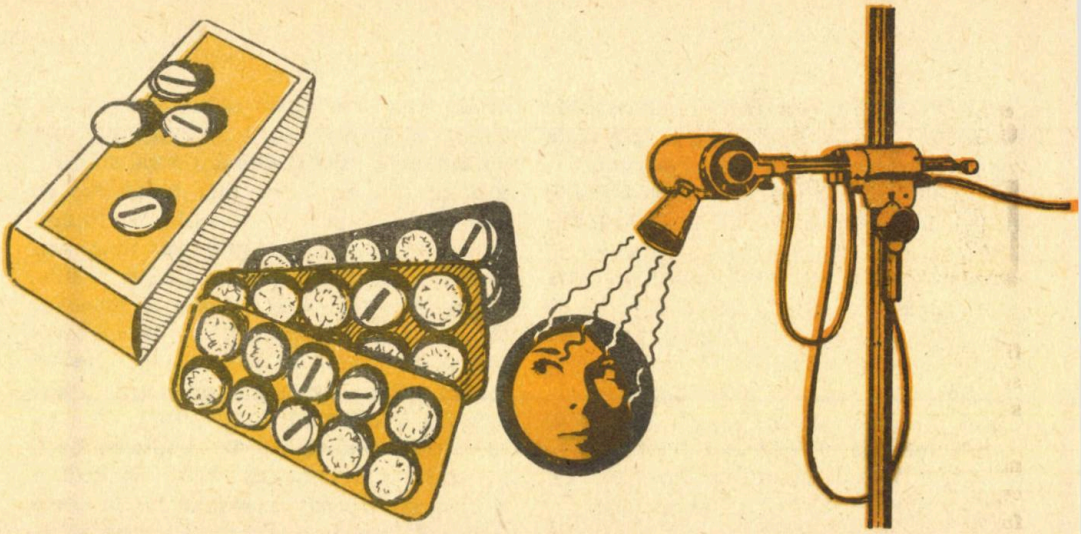
nia, numărul de leucemii a crescut de 50—60 de ori. De asemenea, la gravidele supuse unor iradiații în timpul sarcinii, riscul ca viitorul copil să facă leucemie este de 2 ori mai mare. Și în anii cu explozii solare mai intense, se pare că numărul de leucemii constatate în următorii ani este mai ridicat. În sfîrșit, există o serie de substanțe chimice, din categoria hidrocarburilor, care favorizează net apariția leucemiilor. Deși nu s-a izolat încă un virus al leucemiei și deși această ipoteză se discută încă de la începutul acestui secol, în ultimii ani se înmulțesc dovezile care atestă originea virotică a leucemiilor.

Este adevărat că în afară de o formă deosebită de cancer, întîlnită în special în Africa, și care se însoțește uneori cu leucemie — așa-zisul limfom malign de tip Burkitt — la care s-a descoperit virusul ce o determină, în celelalte forme de leucemie virusurile sînt numai incriminate.

Indiferent de felul în care acționează aceste virusuri, rolul lor pare astăzi de netăgăduit. Dar pînă la identificarea lor, la izolarea și producerea unui vaccin, calea este încă lungă și spinoasă ; nu sînt nici 30 de ani de cînd s-a început, cu oarecare șanse de succes, tratarea acestor boli. Pînă atunci evoluția leucemiei era fatală în numai 4—6 săptămîni de la debutul bolii. Rare erau leucemiile acute ale copilului care să permită o supraviețuire pînă la 3 luni de la debut. Astăzi însă, în forma de leucemie limfoblastică acută a copilului, se obțin importante remisiuni, ce merg pînă la 80% din cazuri, uneori depășindu-se acest procent. Este adevărat că aceste rezultate nu se obțin în toate cazurile, mai ales dacă tratamentul s-a aplicat prea tardiv. Oricum însă, sînt remisiuni din ce în ce mai frecvente, cu supraviețuiri de 4—5 și chiar de 10 ani, punîndu-se cu acuitate problema unor vindecări reale. Dar pentru a ajunge la asemenea rezultate, este necesar ca bolnavul să se adreseze medicului la primele semne de boală. De aceea, vom insista asupra tuturor aspectelor pe care le poate îmbrăca boala încă de la debut, deși nu toți copiii prezintă aceleași simptome. Dacă în unele cazuri tabloul clinic trădează o anemie sau o boală reumatismală, în altele pledează pentru o afecțiune neurologică. De obicei, boala se instalează pe nesimțite, lent, copilul care pînă atunci era vioi, devine tăcut, posomorît, își schimbă comportamentul, obosește mai repede, este palid, pofta de mîncare este redusă. De cele mai multe ori, copilul prezintă episoade infecțioase, cu febră, dureri în gît sau ulcerații la nivelul gingiilor, dureri musculare sau osoase. Boala este etichetată la început drept amigdalită, gingivită sau gripă.

Antibioticele administrate contra infecției, chiar dacă fac ca febra să cedeze, copilul rămîne palid, încercănat, trist, simptomele bolii revenind curînd. Adesea se asociază și fenomene hemoragice, manifestate prin curgerea de sînge pe nas, sîngerarea gingiilor sau prin apariția pe tegumente a unor vînătăi, peteșii sau chiar a unor erupții așa-zise purpurice, formate din elemente mici, cît gămălia unui ac. Toate acestea reprezintă în fond hemoragii în piele.





Alteori, se întîlnesc dureri ale oaselor sau ale încheieturilor, ceea ce pretează la confuzii cu unele boli reumatismale. Dar ceea ce frapează în primul rînd este culoarea palidă a copilului, cu mărirea grupurilor ganglionare, ușor de sesizat, chiar de către părinți. Dar, în această fază a bolii, caracteristic este faptul că splina ia dimensiuni remarcabile. Nici chiar ficatul nu este ferit de infiltrația leucemică și în multe cazuri este mărit. În fața acestui tablou clinic, un examen al sîngelui (hemograma) va permite precizarea diagnosticului. Căci dacă în mod normal numărul de leucocite este de 6 000—8 000/mm^3, în leucemii acesta poate să crească pînă la 50 000 sau chiar mai mult.

Dar cum nu toate leucemiile se însoțesc de o creștere a leucocitelor, uneori numărul acestora fiind redus sub normal, devine necesară o analiză a măduvei osoase, care va evidenția prezența bolii canceroase.

Am considerat necesar să redăm aceste semne de debut ale bolii, asupra cărora am insistat, deoarece ele trebuie să fie bine cunoscute de public, dat fiind faptul că depistarea unui bolnav în fazele incipiente ale bolii are importanță hotărîtoare pentru evoluția bolii.

Tratamentul bolii este complex și dificil. Părinții trebuie să persevereze și să înțeleagă că numai în urma unui tratament prelungit se va obține o retrocedare a bolii, o normalizare a probelor biologice, cu dispariția simptomelor generale. Atragem atenția că după intrarea în remisiune a bolnavului, este posibil ca, după un timp oarecare, boala să-și reia evoluția. Din acest motiv, chiar după obținerea unor remisiuni complete, tratamentul se va continua periodic, prin așa-zisele cure de reciclare.

În ultimii ani s-a creat concepția potrivit căreia evoluția bolii este rezultatul luptei dintre boală și imunitatea organismului, înțelegîndu-se prin aceasta capacitatea organismului, condiționată de anumite particularități biologice, de a diferenția structurile sale proprii de cele străine lui. Așa se explică lupta organismului împotriva celulelor canceroase, care au o structură diferită de aceea a restului celulelor. În prezent, se pune un accent deosebit pe metodele imunoterapice, care urmăresc vindecarea bolii prin stimularea imunității.

Dealtfel, prin utilizarea polichimioterapiei, adică asocierea a 3—4 medicamente administrate concomitent, a imunoterapiei, ca și a unei terapii stimulante, șansele de supraviețuire au crescut în procente de nesperat pentru deceniul trecut.

DR. T. MURGESCU
MEDIC PRIMAR
SPITALUL DE COPII „CARAIMAN"

alergia şi CANCERUL

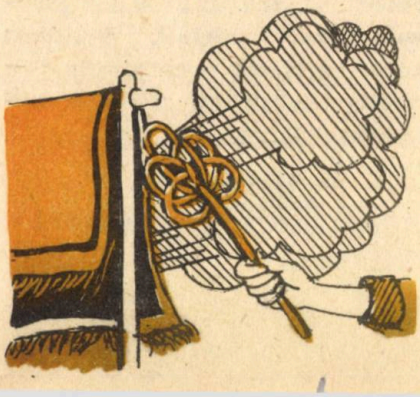
Deşi fenomenul alergic a început să fie studiat ştiinţific încă de la începutul secolului, corelaţia dintre alergie şi cancer s-a făcut numai în ultimele două decenii.

O serie de cercetări au arătat că bolnavii alergici nu se îmbolnăvesc de cancer sau se îmbolnăvesc într-un procent foarte scăzut în comparaţie cu restul populaţiei. Alte cercetări statistice au stabilit că procentul de cancer întîlnit la ambele categorii (alergici şi nealergici) este aproape egal, diferenţa fiind, în orice caz, nesemnificativă. Controversa continuă, însă un lucru este sigur : ideea a determinat o serie de cercetări, menite să lămurească fenomenele intime biologice care leagă alergia de cancer.

Iată cîteva din rezultatele acestor studii :

● Orice organism cu sistem imunitar „vigilent" se apără împotriva devierii de la normal a celulelor sale. Orice început de cancer, care evident este o deviere de la normal a unor celule, este distrus „în faşă" de către sistemul imunitar al organismului. Numeroase experienţe au dovedit rezistenţa unui organism sănătos faţă de celula canceroasă. Această rezistenţă se datoreşte, în special, unei „armate" de celule, denumite limfocite T (deoarece provin din timus). Limfocitele omoară numai celulele canceroase, recunoscîndu-le ca străine organismului, fără să producă nici un rău celulelor normale.

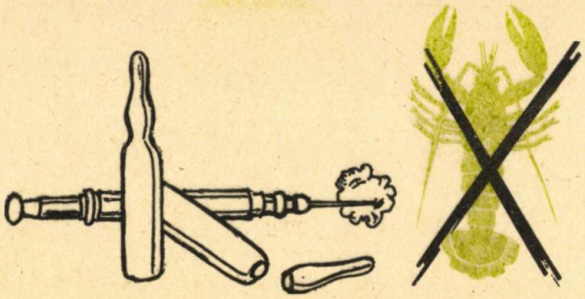
● Procesul canceros survine la persoane a căror „vigilenţă" imunitară este scăzută. În lucrările sale referitoare la problemele bătrîneţii, Burnett, cîştigătorul Premiului Nobel în anul 1960, considera cancerul drept boală a bătrîneţii, deoarece la persoanele în vîrstă supravegherea imunitară cunoaşte un declin, iar mecanismele imunităţii nu mai pot anihila celulele tumorale. Aceeaşi situaţie se poate întîlni şi la persoane tinere, al căror sistem imunitar, deficitar genetic sau datorită unor anumite cauze, pierde puterea de a recunoaşte ce este propriu de ceea ce este străin organismului. Or, un sistem de supraveghere imunologică intact oferă o reală garanţie de protecţie împotriva cancerului.



● Starea normală de reactivitate imunologică (de apărare împotriva a tot ceea ce este străin organismului) scade la canceroşi. Această slăbire a sistemului imunitar duce la situaţia de nerecunoaştere ca străină a tumorii canceroase, ceea ce îi dă posibilitatea să se dezvolte nestingherit.

● Cancerul nu se dezvoltă la persoanele cu sistem imunologic normal, ci la persoanele anergice (lipsite de apărare). El poate să inducă o stare de anergie în momentul în care începe să se dezvolte într-un organism aparent sănătos.

● Bolnavii alergici sînt dotaţi cu o hiperreactivitate imunologică. Această hiperreactivitate este atît de pronunţată încît recunoaşte ca străine chiar şi substan-



ţele nenocive, împotriva cărora un organism normal nu-şi ia nici o măsură de apărare (exemplu : polenul, praful de casă, peri de animale, mucegaiurile etc.). În momentul cînd un alergic se îmbolnăveşte totuşi de cancer, această hipersensibilitate imunologică scade, pînă la dispariţie.

● Bolnavul alergic răspunde întotdeauna printr-o reacţie cutanată pozitivă la substanţa care i-a provocat alergia. În cazul urticariei, astmului bronşic sau alergiei la polen, se obţine o reacţie pozitivă, prin punerea în contact a substanţei alergizante incriminată cu pielea bolnavului. Un test cutanat pozitiv reprezintă proba clinică, biologică şi histologică cea mai demonstrativă a agresiunii alergenului cauzal. Riposta anticorpilor sau a limfocitelor sensibilizate (prezente în organismul alergicului şi îndreptate împotriva alergenului cauzator de boală) provoacă reacţia cutanată de apărare. Se dovedeşte astfel potenţialul crescut de apărare al sistemului imunologic al bolnavului alergic.

Or, contrar alergiei, acest mecanism nu funcţionează în cancer. Epiderma rămîne complet areactivă. Ea este „mută" înainte şi chiar după un tratament anticanceros, şi aceasta în ciuda diverselor vaccinuri eficace pe care bolnavul le-a făcut în copilărie sau mai tîrziu, în viaţa adultă. Acest „mutism" al epidermei, această totală anergie a fost semnalată, aşa cum am mai menţionat, şi la bolnavii alergici deveniţi canceroşi.

Toate aceste cercetări şi observaţii au impulsionat puternic minuţioase studii în cancerologie, în vederea testării unei noi forme de tratament anticanceros, prin alergizarea sau încercarea de a alergiza bolnavii de cancer. Aşa s-a născut cea de a patra armă împotriva cancerului, care se practică astăzi în toate centrele oncologice, alături de cele trei metode, devenite clasice : metoda chirurgicală, radioterapia şi chimioterapia. Este vorba de tratamentul imunologic al cancerului, care, în decursul scurtei sale existenţe, şi-a dovedit, în foarte multe cazuri, eficienţa.

Cea de a patra terapie a cancerului, denumită imunoterapie, are ca scop să creeze la bolnavul de cancer o stare de alergie şi să întreţină această stare atît timp cît este posibil. Substratul acestei tactici este acela de a provoca, prin acest procedeu, un proces imunologic de stimulare şi o creştere a potenţialului de apărare imunitară, pînă la starea de alergie. În principiu, se aşteaptă ca această terapie să poată sechestra şi anihila şi ultima celulă canceroasă care ar putea declanşa sau recidiva cancerul în organism.

În această idee, şcoala franceză a introdus imunoterapia anticanceroasă cu ajutorul vaccinului B.C.G. (bacilul Calmette şi Guérin cu care, la 21 mai 1921, a fost pentru prima dată vaccinat antituberculos un sugar). Pentru a fi eficace şi pentru a avea un efect durabil, această terapie prin alergizare cu B.C.G. trebuie întreţinută, în acelaşi ritm, ani de zile. Această metodă a dat rezultate foarte bune în cancerele experimentale, în leucemii şi unele tumori. În prezent, oamenii de ştiinţă din mai multe centre ale lumii pun la punct o vaccinare specifică anticanceroasă cu celule neoplazice specifice şi inactivate prin iradiere şi conservare prin îngheţ la —196°C.

Oricare ar fi metoda folosită pentru a induce o imunitate „vigilentă" în cancer, un lucru este sigur, şi anume că „alergizarea" constituie în prezent o nouă armă de luptă împotriva cancerului. Viitorul ne va aduce sigur, prin munca miilor de cercetători care lucrează în acest domeniu, metode noi, perfecţionate, mai puternic fundamentate ştiinţific, deschizînd larg poarta speranţei şi optimismului cu care sîntem îndreptăţiţi să privim încă de pe acum problema cancerului.

DR. VALENTIN FILIP
MEDIC PRIMAR
CENTRUL DE ALERGOLOGIE ŞI IMUNOLOGIE

Este posibilă prevenirea cancerului CAVITĂȚII BUCALE ?

PROF. DR. DOC. **VALERIAN POPESCU**

Cancerul bucal, cu diferitele sale localizări : la buze, la limbă, la obraz, la planșeul bucal, la nivelul gingiilor sau la oasele maxilare, constituie una din cele mai grave afecțiuni stomatologice, a cărei frecvență înregistrează o creștere continuă.

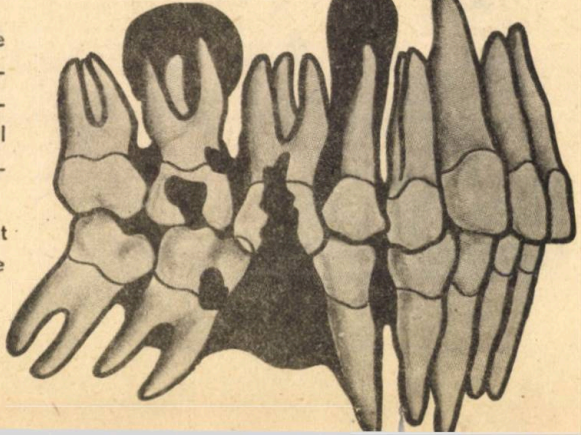
Într-adevăr, Organizația Mondială a Sănătății și institute de mare prestigiu din diferite țări menționează că aproximativ 10% din totalul îmbolnăvirilor de cancer afectează structurile cavității bucale și maxilarele, iar în unele regiuni ale globului ca, de exemplu, în țările din sud-estul Asiei, proporția se ridică pînă la 40%.

Numărul de cazuri este an de an mai mare ; numai în ultimul deceniu au fost internați anual de aproximativ 6 ori mai mulți bolnavi cu cancer bucal decît în perioada dinainte de 1970. Deosebit de îngrijorătoare este constatarea că anumite forme de cancer, care pînă nu de mult erau aproape exclusiv apanajul vîrstelor înaintate, în ultimii ani ele se întîlnesc din ce în ce mai frecvent la tineri și chiar la copii.

Deși persistă încă multe semne de întrebare privind geneza cancerului, au fost totuși identificați o serie de factori care intervin în producerea acestui proces patologic în general ca și în apariția și dezvoltarea leziunilor neoplazice în sfera bucală.

Cunoașterea acestor factori este deosebit de importantă pentru fiecare individ, deoarece s-a dovedit că evitarea și înlăturarea lor este urmată în mod cert de o diminuare semnificativă a numărului de îmbolnăviri și de regresiunea unor leziuni care prezintă un potențial de transformare malignă.

Studii documentate, mai vechi și recente, incriminează ca factori verificați ce intervin în apariția cancerului bucal : *fumatul, alcoolul, iritațiile cronice* (mecanice, fizice, toxice, chimice), *lipsa de igienă buco-dentară* etc. Acești factori sînt încadrați sub termenul de *factori cocarcinogenetici*, în sensul că acțiunea lor nocivă se însumează și se potențează reciproc, mărind intensitatea unor incitații nocive asupra țesuturilor. Exercitîndu-se pe perioade lungi de timp, acești factori pot duce la degenerescența malignă. Dintre ei, cel mai agresiv este *fumatul*. Tutunul, pe lîngă celelalte acțiuni dăunătoare, îndeosebi asupra sistemului nervos și aparatului respirator,



s-a dovedit că determină și apariția cancerului bucal și, în primul rînd, a cancerului care începe la nivelul mucoasei.

Un studiu elaborat la Institutul de stomatologie și chirurgie maxilo-facială din Paris a constatat că 90% din totalul bolnavilor de cancer erau mari fumători, consumînd mai mult de 20–30 de țigări pe zi. Proporții asemănătoare au fost înregistrate și la noi, cancerul cu localizare la buză situîndu-se la parametri superiori.

Semnificativ în ceea ce privește acțiunea carcinogenă a fumatului este și faptul că frecvența anumitor localizări (la buză, la limbă), care în trecut se întîlneau aproape exclusiv la bărbații fumători, este în continuă creștere și la femei, pe măsură ce obiceiul fumatului tinde să ia proporții de masă și la sexul feminin.

Astăzi, este alarmant și îngrijorător faptul că tendința de a fuma se manifestă tot mai pregnant în rîndul tineretului și chiar în rîndul tineretului școlar – băieți și fete. Ba mai mult, s-a constatat că aceste deprinderi încep chiar de la o vîrstă foarte fragedă, adică de la 10–12 ani. La această vîrstă precoce, practica fumatului se răspîndește din spirit de imitație și curiozitate, cuprinzînd pe nesimțite un mare număr de tineri, care, atunci cînd pun prima țigară în gură, nici nu bănuiesc la ce riscuri își expun, de bună voie, propria sănătate. După 10–15 ani de fumat ei încep să devină tot mai frecvent candidați la tulburări ale aparatului circulator și respirator, la diverse boli ale traheei și ale laringelui și, nu în ultimă instanță, la cancer al cavității bucale.

Acțiunea cancerigenă a fumatului se datorește atît toxicului nicotinic, cît și produșilor toxici de combustie și piroliză rezultați din arderea tutunului : bioxid și monoxid de carbon, hidrocarburi aromatice, benzpiren și alți compuși organici, aldehide, cetone, acroleină, fenoli, cadmiu, acid cianhidric etc. Acești produși toxici se condensează în porțiunea terminală a țigării, venind astfel în contact direct cu mucoasa buzelor, iar prin dizolvarea sau conglomerarea lor în salivă, stagnează în cavitatea bucală, sînt încorporați în mucus și menținuți în contact prelungit cu mucoasa. La acțiunea lor se adaugă căldura locală, alternanța ischemie-congestie a țesuturilor bucale în timpul fumatului și, uneori, arsuri repetate ale mucoasei labiale etc.

Faptele de observație arată că fumătorii de țigări fac de regulă cancer al buzelor, pe cînd fumătorii de pipă fac mai frecvent cancer al mucoasei obrazului.

Dar ce pot face în fața acestui potențial dușman al omului persoanele conștiente de pericolul acestui viciu pentru specia umană ? Este necesar să existe din partea fumătorilor multă voință și înțelegere de a se debarasa de acest obicei contrar naturii omului.

În ceea ce privește *alcoolul*, riscul de a face cancer este mai crescut la persoanele care abuzează îndeosebi de băuturi alcoolice tari. Relația dintre alcool și cancerul bucal a fost semnalată pentru prima dată în unele zone ale Scoției, unde populația consumă în mod obișnuit alcooluri concentrate și unde s-a înregistrat o mare frecvență a leziunilor neoplazice. De asemenea, studiile întreprinse de cercetătorii francezi și americani au confirmat acest lucru, arătînd că un consum exagerat de alcool poate duce la leziuni ireversibile ale căilor digestive superioare și, în primul rînd, la cancerul cavității bucale.

Este necesar să menționăm că riscul de a face cancer este mult sporit la *alcoolicii fumători.*

Se cunoaște așa-zisul *„sinergism" tutun-alcool*, cele două toxice potențîndu-se și deci acțiunea lor nocivă este mult exagerată. În

plus, s-a dovedit că deficiențele nutriționale induse de alcoolism determină modificări celulare, care favorizează apariția cancerului.

În cavitatea bucală pot exista o serie de elemente nocive care provoacă microtraumatisme și iritații asupra mucoasei. Este vorba de carii dentare cu margini ascuțite, resturi de rădăcini, depozite mari de tartru, lucrări protetice imperfect adaptate etc. Acestea pot produce eroziuni sau ulcerații, ce se vindecă de regulă prin înlăturarea cauzei care le-a provocat. Dacă acțiunea repetată a acestora se prelungește pe perioade lungi de timp, întreținînd în mod cronic iritația asupra leziunilor, la început banale, ele se pot transforma, malignizîndu-se. Transformarea malignă este favorizată și de o igienă buco-dentară deficitară.

Un alt factor de risc cunoscut în geneza cancerului, îndeosebi al buzelor, îl constituie expunerea exagerată la radiațiile solare, impusă de anumite profesiuni (pescari, agricultori) ; acest risc este mult crescut atunci cînd acțiunea prelungită a radiațiilor solare se interferează cu alte fenomene climatice (vînt, umezeală, frig etc.) și, mai ales, cînd se însumează cu ceilalți principali factori cancerigeni amintiți anterior : *fumatul, alcoolul* și *lipsa de igienă.*

Am dori ca cele expuse să constituie argumente convingătoare referitoare la riscul de apariție a cancerului bucal în anumite condiții. Măsurile individuale prin care se poate diminua în mod real acest risc, evitîndu-se apariția unei grave maladii în sfera bucală, pot fi astfel deduse cu ușurință.

Ne referim la evitarea fumatului și a alcoolurilor tari, la înlăturarea tuturor elementelor iritative și asanarea cavității bucale, la întreținerea igienei buco-dentare, la controale periodice efectuate în vederea depistării și aplicării tratamentului la timp, în cazul unor leziuni care ar putea suferi o transformare malignă.

Sînt măsuri a căror eficiență a fost verificată și care pot fi adoptate fără mari eforturi, necesitînd doar *voința* de a le adopta și *perseverența* în a le menține.

REALIZĂRI REMARCABILE ÎN DOMENIUL TRANSPLANTULUI DE ORGAN

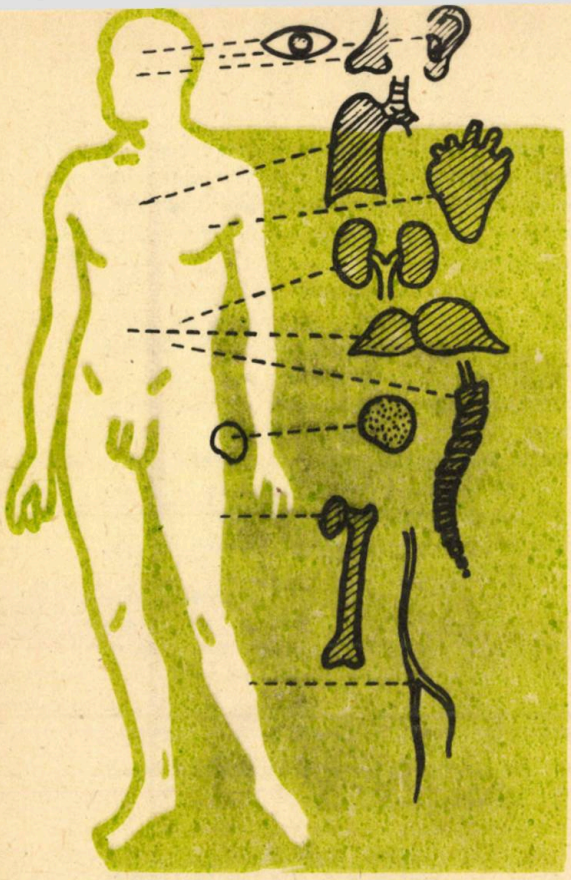
DR. **OCTAVIAN POPESCU**
SPITALUL DE COPII „CARAIMAN"

Dintotdeauna, medicina a fost preocupată de găsirea unor posibilități de înzestrare a organismului uman — în caz de deficiențe de funcționare, în boli sau în urma unor accidente — cu componente artificiale cît mai perfecte. Originile acestei spectaculoase și totodată extraordinare cutezanțe în medicină datează, se pare, de cîteva milenii. Realizarea dezideratului creării „pieselor de schimb" pentru organismul uman a fost posibilă de-abia în ultimele decenii, odată cu dezvoltarea impetuoasă a cercetării medicale și, mai ales, odată cu progresele remarcabile, fără precedent, ale științei și tehnicii.

S-a reușit astăzi, în mare măsură, înlocuirea unor organe (unele din ele cu funcții vitale, altele cu funcții mai puțin importante) în cazul disfuncției acestora, apărută fie ca o consecință a unor defecte de conformație (adesea malformații ce datează de la naștere), fie în urma unor boli sau a unor accidente de muncă, de circulație etc.

Medicina modernă a reușit să creeze „piese de schimb" noi pentru organismul uman cu care să le înlocuiască pe cele vechi, „uzate", fie prin componente artificiale cît mai perfecte (rinichiul sau pancreasul artificial, aparatul protetic auditiv etc.), fie prin transplant de organe (cord, rinichi, măduvă, ficat, plămîni etc.).

Datorită unor îndelungate cercetări medicale și a utilizării tuturor cuceririlor



ştiinţei şi tehnologiei universale, s-a reuşit ca astăzi medicina să realizeze lucruri de-a dreptul extraordinare în domeniul transplantului de organe. Tocmai despre aceste remarcabile realizări de „vîrf" ale medicinii ne propunem să discutăm.

Dintre toate realizările de genul celor menţionate, poate nimic nu a impresionat mai mult decît vestea primului *transplant cardiac*, realizat în anul 1967 de către dr. Christian Barnard şi echipa sa. La 15 ani de la acea realizare, numărul încercărilor de transplant cardiac, reuşit sau mai puţin reuşit, cu durată de supravieţuire de numai cîteva ore sau ani, a ajuns să depăşească astăzi cifra de 350, iar numărul clinicilor capabile de aceste remarcabile performanţe să crească pe întreg globul.

Transplantul cardiac n-ar fi fost posibil dacă nu s-ar fi realizat în prealabil complicata aparatură medicală, denumită generic „pompă" sau instalaţie de „circulaţie extracorporală", capabilă să preia funcţiile cordului, pînă la înlocuirea vechiului cord obosit cu altul viguros, obţinut de la un donator tînăr, decedat accidental, în plină stare de sănătate. Tot astfel se procedează şi cînd se înlocuiesc valvele bolnave ale inimii (acele „dispozitive" simple, care reuşesc să asigure o bună circulaţie a sîngelui între cele patru compartimente — auricule şi ventricule) cu cele artificiale, confecţionate din mase plastice. În alte situaţii, inima este supusă unor operaţii laborioase, pentru corectarea unor defecte majore prezente încă de la naştere. Prin tehnici de lucru perfecţionate, astfel de intervenţii au devenit posibile chiar în prima zi a naşterii unui copil cu un astfel de defect.

Unele insuccese în domeniul transplantului de inimă au impulsionat cercetările în direcţia realizării de inimi artificiale, capabile ca într-un viitor apropiat să prelungească existenţa unor bolnavi, altfel condamnaţi.

Transplantul de vase sanguine a fost realizat demult ; el este aplicat pe scară largă, cu bune rezultate. Început cu înlocuirea unui fragment din artera femurală, continuat cu înlocuirea unui segment al arterei aorte şi apoi cu alte segmente de arteră sau de venă, acest transplant a devenit astăzi o practică obişnuită în numeroase cazuri de ateroscleroză.

Dar iată că, foarte recent, în anul 1980 s-a realizat şi primul transplant de vase limfatice, de către prof. dr. Georg Heberer şi echipa sa, la Spitalul de profil din München, înlocuindu-se vasele limfatice distruse (printr-un sever accident) cu altele recoltate din zonele sănătoase ale membrelor aceluiaşi bolnav. În acest caz, operaţia poartă denumirea, în mod curent, de autogrefă.

Mai puţin reuşit este *transplantul de plămîn*, singur sau în asocierea plămîncord. De la prima încercare din anul 1963 şi pînă în prezent, numărul operaţiilor se ridică la ordinul zecilor, dar rezultatele sînt, pentru moment, nesatisfăcătoare. În ultimii ani s-au făcut patru încercări de transplant dublu (cord-plămîn), dar perioada de supravieţuire obţinută nu justifică continuarea lor, urmînd să se găsească noi soluţii, capabile să prelungească durata de supravieţuire a celor operaţi.

Un loc aparte în transplantul de organ îl deţine rinichiul, deoarece în acest domeniu s-au înregistrat cele mai mari succese. Din anul 1954, an în care s-a realizat primul transplant renal şi pînă astăzi, au fost posibile peste 25 000 de intervenţii, în cea mai mare parte reuşite, cu supravieţuiri îndelungate, ajungînd uneori pînă la 20 de ani.

Transplantul renal se realizează cu succes în întreaga lume, inclusiv în ţara noastră, iar rezultatele remarcabile se datoresc faptului că, dintre toate organele transplantate, rinichiul declanşează cele mai reduse fenomene de respingere. După rezultatele bune înregistrate la adulţi, s-a trecut la practicarea acestui transplant şi

la copil, cu timiditate și reținere la început, dar cu siguranță și eficiență crescută astăzi. În sprijinul acestei afirmații, o știre de ultimă oră anunță că vîrsta la care s-a realizat transplantul la copil a coborît pînă la 1 an, cel mai tînăr operat care a primit un transplant renal fiind un micuț din Anglia, operat de marele urolog englez Michael Bewick, în anul 1981.

Deși, în ansamblu, numărul transplanturilor renale crește de la an la an, el nu satisface încă numărul bolnavilor cu boli renale cronice, în care terapia prin transplant ar constitui soluția salutară.

Dar, terapia prin transplant renal ridică în mod acut problema sursei rinichilor ce urmează a fi transplantați. Majoritatea centrelor de transplant renal din lume folosesc rinichi recoltați de la părinți, de la frați gemeni sau de la ceilalți frați, atunci cînd este în pericol viața vreunui membru al familiei lor. În celelalte centre însă, precum și în țările în care s-a acceptat recoltarea de organe de la decedații recent, rinichiul este transplantat direct de la cadavru sau depozitat la „banca de organe" și utilizat la nevoie.

Pancreasul a fost și a rămas unul din organele cu funcții complexe în organism, pentru care se fac susținute cercetări și chiar încercări de a fi înlocuit cu „piese de schimb" fie naturale (transplant de pancreas de la un donator), fie artificiale, create în laboratorul electronic (așa-numitul „pancreas artificial").

De la primul transplant practicat în anul 1966 și pînă în prezent, s-au realizat peste 60 asemenea intervenții, prin care s-a obținut prelungirea supraviețuirii de la cîteva luni pînă la cîțiva ani. Ca o performanță deosebită și de dată recentă (1981) trebuie considerat dublul transplant de pancreas și rinichi, realizat în premieră mondială de dr. Walter Land și echipa sa, la un bolnav suferind de o formă gravă de diabet, rezistent la orice tratament dietetic și medicamentos. La scurt interval de la operație, noul pancreas a început să producă insulină.

Din păcate, rezultatele de ansamblu în transplantul de pancreas sînt nesatisfăcătoare și, din acest motiv, gîndirea medicală a făcut un pas înainte, creînd „pancreasul artificial", care nu este altceva decît un mic aparat, gen computer, care se implantează sub piele și care reglează eliberarea insulinei dintr-un rezervor în circulația bolnavului, în cantități optime menținerii unei bune metabolizări și utilizări a zaharurilor în organism. Realimentarea acestui mic rezervor de insulină se face, în medie, odată la două săptămîni.

Nici *ficatul* nu a scăpat preocupării cercetătorilor. Din anul 1963 s-a trecut la înlocuirea lui, pentru început cu un altul obținut de la un donator sau, mai recent, în cîteva intervenții s-a transplantat un ficat auxiliar alături de cel bolnav (incapabil să-și îndeplinească rolul său atît de complex).

Grefa de cornee, practicată de cîteva decenii, a devenit una din tehnicile chirurgicale „de transplant" cel mai bine stăpînite. Ea se efectuează în numeroase țări din lume și la vîrste foarte fragede (cea mai însemnată realizare fiind de dată recentă și constă în transplantarea cu rezultate bune a corneei unui copil în a 2-a săptămînă de viață).

Numărul total al cazurilor operate la diverse vîrste este de cîteva mii, cu rezultate foarte bune într-o proporție de 90%. Tot un gen de transplant, dar de această dată un ochi artificial vine să înlocuiască ochiul absent și lipsa văzului la nevăzători. Oamenii de știință experimentează în prezent o microcameră de televiziune, implantată într-un ochi de sticlă, un minicomputer fixat în rama ochelarului și un electrod fixat în creier pentru stimularea zonei vizuale.

Există astfel premise ca nevăzătorii să poată beneficia de acel simț al orientării,

iar gradul lor de infirmitate să fie redus, permiţîndu-le o viaţă normală, lipsită de marile riscuri pe care le oferă întunericul veşnic.

Un „transplant" spectacular, nu de organ, ci de funcţie, a fost realizat recent de un grup de cercetători medici şi ingineri, care au creat un dispozitiv capabil să ajute *vorbirea*, în cazul bolnavilor care şi-au pierdut această capacitate, în urma operaţiilor laringiene. Dispozitivul constă dintr-o casetă mică, purtată la pieptul bolnavului, conţinînd un sistem de valve, care reglementează scurgerea curentului de aer prin nişte mici orificii. Aerul expirat activează ţesuturile esofagului, obţinîndu-se o vorbire apropiată de cea normală.

Piese mult mai complicate, bazate pe marile progrese ale electronicii, pot reda *surzilor capacitatea de a auzi*. Dacă vechile proteze auditive se bazau pe o simplă amplificare a zgomotelor percepute destul de slab de bolnavi, aparatele moderne se bazează pe stimularea directă a zonelor auditive din creier, care odată impulsionate determină o percepţie acustică bună atît la cei cu hipoacuzii, cît şi la unii bolnavi care prezintă pierderea totală a auzului.

Transplantul formaţiunilor nervoase nu a fost realizat încă şi nici chiar preconizat. Se pot însă sutura nervii secţionaţi de la mîini, braţe şi picioare, în urma unor accidente, infecţii sau inflamaţii care afectează unul sau mai multe traiecte nervoase.

Sistemul osos şi articular al organismului uman reprezintă un domeniu vast al terapiei prin transplant. Chirurgii japonezi au înlocuit femurul bolnav al unor pacienţi cu un altul confecţionat dintr-un aliaj metalic, în care predomină titanul; mai recent, diversele oase au început să fie sintetizate din mase plastice (acrilaţi, polietilenă, dacron etc.). Articulaţii întregi au fost refăcute din combinaţii de oţel cu materiale plastice, la fel de rezistente şi de funcţionale ca cele cu care a fost înzestrat omul. *Transplantul de os* nu este considerat indispensabil, deoarece înlocuitorii săi atît de perfecţi suplinesc foarte bine osul şi nu prezintă marele risc al respingerii de către organismul primitorului.

În ceea ce priveşte *transplantul pielii*, realizat de foarte mulţi ani, acesta nu mai constituie o noutate pentru nimeni.

Recent, atrage atenţia, ca o performanţă deosebită, realizarea unui tip de „piele artificială", capabilă să îndeplinească majoritatea funcţiilor tegumentelor omului. Ea se utilizează cu rezultate spectaculoase în cazurile de arsuri întinse. Avantajul acestui tip de grefă rezidă în aceea că nu declanşează fenomene de respingere şi nici apariţia de infecţii supraadăugate, atît de frecvente şi de grave în cazul transplantului de piele sănătoasă de la acelaşi bolnav sau de la alţi bolnavi. După realizarea grefei, bolnavii îşi recapătă sensibilitatea termică, tactilă şi la durere, iar cu timpul culoarea ei devine asemănătoare cu a restului pielii.

Timusul — glanda endocrină cu rol foarte important în capacitatea de apărare a organismului împotriva îmbolnăvirilor cauzate de microbi şi virusuri — a constituit şi el obiectul chirurgiei de transplant. Încă din anul 1969 s-a realizat primul transplant timic. De atunci s-au mai practicat şi alte asemenea intervenţii chirurgicale, la copii cu deficienţe de apărare antiinfecţioasă, datorită lipsei acestui organ. Rezultatele sînt încurajatoare, dar este prematur să se tragă o concluzie asupra eficacităţii şi a rezultatelor în timp.

Nici măduva osoasă — locul de elecţie în care se formează globulele albe, roşii şi trombocitele sîngelui — nu a rămas în afara interesului cercetătorilor.

Primele realizări ale *transplantului de măduvă osoasă* datează din 1958 şi au fost efectuate fie în cazul unor deficienţe în apărarea antiinfecţioasă, fie în combaterea unor anemii severe, care nu răspundeau favorabil la alte tratamente încercate.

Pentru sînge, corespondentul transplantului de organ este reprezentat de transfuzia de sînge integral sau numai de globule albe, roşii, ori de trombocite. În legătură cu transfuzia de sînge ne reţine atenţia o nouă tendinţă, şi anume înlocuirea sîngelui cu un substituent sintetic, cu un „sînge artificial". Acest înlocuitor, denumit de către cercetătorii japonezi care l-au conceput „Fluosol", este o substanţă chimică capabilă să absoarbă, să transporte şi să elibereze oxigenul la nivelul celulelor şi ţesuturilor. Chiar dacă nu înlocuieşte întru totul sîngele, acest compus chimic serveşte ca înlocuitor temporar, cînd lipsesc globulele roşii ; el are însă avantajul că poate fi congelat şi păstrat astfel o perioadă mare de timp.

„Sîngele artificial" este indicat acolo unde sîngele natural nu poate fi asigurat în cantități suficiente ca, de exemplu, în cazul unor accidente.

Nefiind lipsit de o serie de riscuri, sîngele artificial nu este folosit în mod curent în serviciile de chirurgie de urgență, necesitînd încă tatonări și ameliorări ale formulei sale chimice.

Indiferent de organul ce urmează a fi transplantat, reușita intervenției depinde atît de tehnica chirurgicală folosită — și în acest sens progresele medicale sînt considerabile —, cît și de intensitatea „fenomenului de respingere" a organului transplantat de la un individ la altul, pe care o manifestă un organism față de ceea ce îi este străin, nu-i aparține și pe care tinde, prin mijloace biologice, să-l distrugă, să-l elimine. Problema respingerii grefei rămîne în centrul atenției medicale.

Imperfecțiunea acestor mijloace terapeutice este tocmai aceea care limitează încă numărul grefelor de organ, deși acest gen de intervenții chirurgicale ar fi necesar în mai mare măsură decît s-a practicat pînă în prezent. Cercetări asidue urmăresc să diminueze sau să înlăture „fenomenul de respingere", de care este capabil organismul uman. Desigur că cercetătorii vor avea de depășit o serie de obstacole pînă să poată înfăptui aceste vise îndrăznețe. Cert este că în prezent s-a intrat într-o eră nouă, aceea a unei adevărate „revoluții" în ceea ce privește gîndirea medicală și modalitățile de realizare în practică a ideilor de avangardă.

PROTEZAREA IMEDIATĂ

METODĂ STOMATOLOGICĂ DE MARE EFICIENȚĂ

Refacerea arcadelor dentare cu ajutorul protezelor imediate a dobîndit în ultimele decenii ale secolului nostru o importanță socială indiscutabilă.

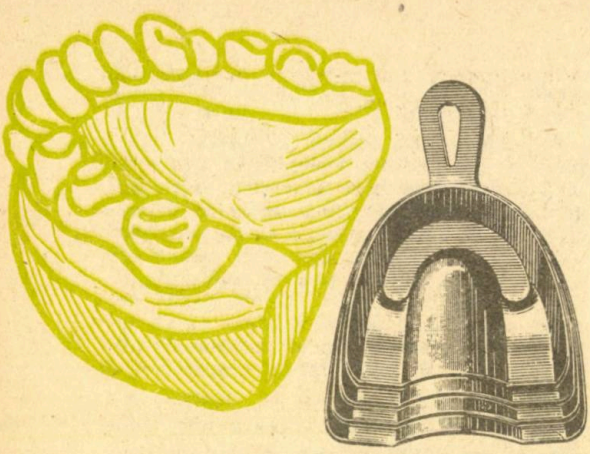
Starea de inferioritate fizionomică și fonetică consecutivă pierderii dinților frontali, existentă la toți pacienții, este inadmisibilă, dat fiind atît nivelul avansat al asistenței protetice de care beneficiem astăzi cu toții, cît și faptul că viața de relație între indivizi s-a intensificat foarte mult în zilele noastre.

În afară de cerințele fizionomice și fonetice, noile cunoștințe dobîndite referitoare la anatomia și mai ales la fiziologia aparatului dento-maxilar au impus refacerea arcadelor dentare prin protezare imediată și în scopul restabilirii unui echilibru morfofuncțional între elementele lui componente.

Înlocuirea dinților este o preocupare veche. Încă din antichitate s-a încercat să se înlocuiască breșele edentate prin legarea de dinții restanți a unor dinți de proveniență umană sau animală. Desigur, aceste lucrări pot fi considerate drept încercări de protezare imediată. Dar tentativele de refacere a integrității funcționale a arcadelor dentare au fost mult mai numeroase, însă ele au devenit posibile numai după ce s-au descoperit cauciucul vulcanizat și dinții din porțelan. Primele precizări privind tehnica de lucru a protezei imediate au fost comunicate abia în 1860.

Știința modernă a permis, în urma unor eforturi susținute, realizarea unor materiale și aparaturi, precum și a unor metode și tehnici, în vederea obținerii de proteze imediate, cît mai bine adaptate pe cîmpul protetic și care să aibă aceleași calități funcționale ca o proteză efectuată pe o durată mai lungă de timp.

Avantajele utilizării protezei imediate au fost recunoscute ca o necesitate, deoarece ea



contribuie la restabilirea masticației și la evitarea prăbușirii părților moi ale feței, tulburări cu consecințe grave pentru pacient atît din punct de vedere funcțional, cît și psihic.

Cu toate eforturile care se făceau pentru a se îmbunătăți adaptabilitatea protezelor, modificările care interveneau relativ rapid în structurile cîmpului protetic impuneau înlocuirea acestora la un interval de timp destul de scurt, deoarece cauciucul nu putea fi corectat prin căptușire. Mai tîrziu, apariția materialelor noi de confecționat proteze, sub formă de rășină acrilică termopolimerizabilă și autopolimerizabilă, dar și a materialelor elastice de amprentare, au facilitat mult tehnica de lucru, creînd posibilitatea de a se realiza din ce în ce mai frecvent proteze imediate.

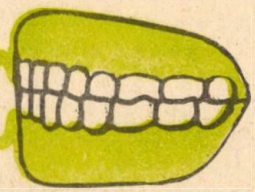
Omul modern este tot mai preocupat de a avea un aspect îngrijit, o înfățișare plăcută, atrăgătoare. Această dorință a fost mult timp limitată la o anumită categorie socială de indivizi ; astăzi însă, s-a generalizat, ea fiind la îndemîna tuturor membrilor societății. Dinții naturali și suportul lor osos contribuie în mod substanțial la menținerea contururilor feței. Gura, prin buze și dinți, joacă un rol important în expresia facială.

In timpul activității cotidiene, prin mișcările și pozițiile luate, buzele și arcadele dentare pot exprima anumite stări sufletești. Astfel, se spune că surîsul — una din atracțiile majore ale feței — este reflectarea caracterului, a individualității. Un surîs plăcut este dat de o gură sănătoasă, în care dinții se află în perfectă armonie cu fața individului, prin culoarea, forma și aranjamentul lor.

Or, prin lipsa unuia sau a mai multor dinți de pe arcadele dentare, se produc tulburări ale fizionomiei faciale, de la cele mai ușoare (unele inobservabile, cum este în cazul edentației laterale reduse), pînă la cele evidente în timpul fonației și surîsului, cînd individul este nevoit să deschidă gura. Modificări ale fizionomiei faciale sînt sesizabile chiar și în poziția de repaus a arcadelor dentare, cînd buzele se află în contact ușor. Această alterare a fizionomiei este mai pregnantă la edentația frontală întinsă, uni- sau bimaxilară. In edentațiile totale însă, apar cele mai evidente tulburări, producîndu-se și importante modificări ale fizionomiei.

Lipsa dinților din regiunea frontală incisivo-canină și chiar a premolarilor produce tulburări morfofuncționale, care pot îmbrăca aspecte psihice diferite. Intensitatea acestor tulburări se află în corelație cu sexul, vîrsta, profesiunea și mediul social. In acest sens, actorii, cadrele didactice, funcționarii publici și, mai ales, femeile, fie ele tinere sau vîrstnice, admit cu multă greutate pierderea chiar a unui dinte.

De cele mai multe ori se tergiversează extracția unor dinți cu mobilitate patologică pînă la expulsia lor spontană. Dacă în astfel de cazuri s-ar practica extracția fără restaurare imediată, pacientul ar manifesta o reacție neuropsihică destul de supărătoare, cunoscută foarte bine de specialiști. Evitarea societății, a anturajului, indispoziția și încercarea de modificare a mimicii, pentru a disimula infirmitatea, sînt manifestări curente prin care pacientul trece de la extracție și pînă la restaurare. La aceasta se adaugă și faptul că oamenii au în general o reacție negativă față de semenii lor care prezintă edentații în regiunea frontală și deci o fizionomie modi-



ficată în mod neplăcut. Anturajul, în mijlocul căruia se afla pînă nu demult, devine indiferent în prezența lui sau chiar afișează repulsie.

Prin protezarea imediată, în urma extracțiilor din regiunea frontală, se urmărește, în principal, ca pacientul să nu rămînă edentat nici un moment, iar fizionomia să fie neschimbată. În plus, funcția masticatorie este restaurată imediat, pacientul putînd să efectueze acest act la scurt timp de la intervenție. De asemenea, se restaurează imediat și funcția fonetică. Dar în afara acestor avantaje, trebuie să mai adăugăm și faptul că această metodă evită repetarea traumatismului psihic și anesteziile, prin extragerea unui număr mai mare de dinți într-o singură ședință.

Așadar, redarea funcției aparatului dentomaxilar constituie un deziderat de prim ordin la confecționarea protezelor dentare. Restaurarea aspectului fizionomic de dentat natural este solicitată tot mai mult de pacient și urmărită cu interes de specialist, în scopul de a preveni și înlătura toate tulburările de comportament și de personalitate. Tratamentul protetic trebuie să țină seama de exigențele fizionomice ale pacientului și, prin forma și aranjamentul dinților artificiali, să-i redea acestuia caracteristicile propriei sale personalități.

DR. I. RÎNDAȘU

Om cinstit

– Analizele sînt bune,
pulsul văd că e normal,
Pentru ce motiv, ia spune,
ceri concediu medical ?

– Știu și eu povestea asta
că nu sufăr de nimic.
Altu însă e năpasta
și-mi îngădui să v-o zic :

Nu v-am supărat vreodată
cu injecții sau pastile,
cer doar o nimica toată :
un concediu de trei zile.

Sincer vă mărturisesc,
nu-s bolnav, dar am un viciu :
sînt cinstit ! Vreau să lipsesc
motivat de la serviciu.

TEODOR MARICARU

temeri

Nu-ţi fie teamă de consult,
Urmînd, în schimb, sfatul ocult
Al nu ştiu cui prin telefon,
Ce-ţi spune : — Ia piramidon !
Deşi, întîi, i-ai explicat
Că simţi o jenă la ficat.
Sfătuitorul altruist
Se crede-a fi specialist
În vindecarea orişicui,
Deşi nu-i medic dumnealui.
Şi totuşi — zice — are har,
Că şade lîngă dispensar.

Nu-ţi fie teamă de un ac
Şi de seringa lui cu leac
La maladia ce o ai,
Ţinînd-o tot în „ah !“ şi „vai !“,
Spunînd : — „Dacă-n seringă-a pus,
Cumva, o cantitate-n plus ?...“
„Dacă mă-nţeapă pe sofa
Cu-n ac nu pentru boala mea ?...“
Ca temător, închei ad-hoc :
„Şi dacă... nu mă-nţep deloc ?“

Nu-ţi fie teamă de spital,
Cînd este absolut vital
Să fii de-ndată operat
De nişte pietre la ficat.
Şi nici chirurg să ceri de zor
Pe un ilustru profesor,
Avînd şi cîteva lucrări
Traduse în diverse ţări.
Dacă nu-i liber el, măcar
Să fie-un conferenţiar.
Că trupul tău, mai arămiu,
Cere celebru bisturiu !

V. D. POPA

UZ şi ABUZ în ANALIZELE DE LABORATOR

PROF. DR. **MARIN VOICULESCU**
MEDIC EMERIT
MEMBRU CORESPONDENT AL ACADEMIEI R.S.R.

În ultimii 30—40 de ani, numărul şi varietatea analizelor de laborator au crescut considerabil în toată lumea. După o statistică din 1978, numai într-un an în S.U.A. s-au făcut 4,5 miliarde de analize de laborator. S-a calculat că pentru o medie de spitalizare de 14 zile, s-a ajuns să se facă, pentru un pacient, aproximativ *69 de analize*. Multe dintre acestea necesită reactivi scumpi şi aparatură complexă.

Cum se explică această tendinţă crescîndă în solicitarea analizelor de laborator ? Cîte dintre acestea se da-

toresc prescrierii de către medic şi cîte se datoresc cererilor bolnavilor ? Şi dintre acestea cîte sînt real necesare ?

Ţinînd seama de încărcarea enormă cu muncă, pe care o reprezintă pentru laboratoare această abundenţă de analize, de implicaţiile lor economice pentru bugetul sanitar, cît şi de unele riscuri legate de efectuarea acestor explorări, este cazul ca fiecare persoană să reflecteze şi să-şi pună întrebarea : care este utilizarea raţională a analizelor de laborator, care este uzul şi de unde începe abuzul ?

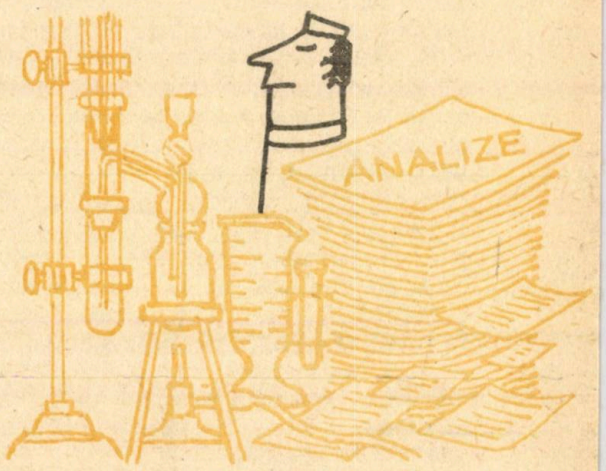
În cele ce urmează, vom căuta să dăm cîteva răspunsuri la aceste întrebări.

Binefacerile analizelor de laborator

Trebuie să recunoaştem că dezvoltarea actuală a medicinii şi imensa contribuţie adusă de aceasta pentru ocrotirea sănătăţii se datoresc, în mare parte, introducerii progresului tehnic în medicină, prin analizele de laborator. Dispunem astăzi de metode de explorare extrem de numeroase şi diversificate, de la cele mai clasice, cum sînt examenele radiologice curente şi analizele biochimice, pînă la cele mai moderne metode ca : endoscopii, cateterisme cardiace, arteriografii, scintigrame, ecografii, tomografii computerizate etc. Se poate afirma că în prezent organismul uman poate fi explorat în întregime, fiecare părticică a sa beneficiind de posibilităţi moderne de depistare a bolii.

Acest bogat arsenal de metode şi tehnici de explorare sprijină substanţial posibilităţile actuale de diagnostic, mai ales în cazurile foarte dificile. Datorită acestor tehnici şi analize, diagnosticul nu mai rămîne în stadiul de supoziţii, de probabilitate, ori de simplă impresie. Un diagnostic precis motivat permite, evident, şi o terapeutică adecvată, „ţintită" şi nu evazivă, ori la întîmplare sau bazată pe un diagnostic *ex juvantibus*.

O altă mare contribuţie a analizelor, în special a testelor biochimice şi a examenelor histologice (prin biopsii de organe), *este aceea de a depista bolile, mai ales cele cronice,*



într-un stadiu cît mai precoce, cît mai începător, cînd se pot lua şi măsuri terapeutice eficace, salvatoare. Exemple de acest gen sînt numeroase. Astfel, descoperirea unei hepatite cronice sau a unei steatoze hepatice în stadii cît mai precoce se poate obţine numai prin analize biochimice şi prin examene histologice, înainte să fi apărut manifestările clinice evidente, sub forma unei hepatite cronice avansate sau a unei ciroze hepatice, care exprimă tabloul final, falimentar, de insuficienţă hepatică. Tot astfel, multe alte boli ca diabetul, boli cardiovasculare, tuberculoza pot fi descoperite în stadiul incipient, subclinic, ceea ce constituie soluţia

ideală în prevenirea și combaterea acestor boli cronice.

În mod justificat, s-a trecut în țara noastră — ca dealtfel și în alte țări — la aplicarea unor programe naționale de depistare în masă a unor boli cronice, prin examene clinice și, mai ales, pe baza unei „baterii" de teste de laborator (programe de depistare în masă sau *screening*).

Într-un anumit fel, analizele și alte tehnici de explorare, efectuate în timp util, servesc ca un adevărat *avertisment* pentru primele devieri patologice de la echilibrul funcțional și morfologic care exprimă starea de sănătate. În plus, ele se folosesc astăzi și pentru supravegherea stării de sănătate, sub forma unor *examinări periodice*, ceea ce este important atît pentru fiecare persoană, cît și pentru medicina de colectivitate, pentru stabilirea grupelor de populație cu risc crescut la anumite îmbolnăviri. De asemenea, se pot decela în populația infantilă unele boli genetice, ca fenilcetonuria și alte boli metabolice, fapt care permite luarea în evidență a cazurilor respective și a tratării lor precoce.

O astfel de acțiune de supraveghere a sănătății printr-un examen complex clinic și de laborator constituie tendința, bine justificată, a medicinii moderne de a deveni tot mai mult o *medicină preventivă*, o *medicină a sănătății*. În acest mod ne apropiem de definiția ideală a sănătății, așa cum este ea formulată de Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S.) : „Sănătatea este acea condiție de bună stare fizică, psihică și socială completă și nu înseamnă numai absența bolii sau a unei infirmități".

Astfel, prin contribuția pe care o aduc la evaluarea stării de sănătate a populației, analizele de laborator dețin un rol major în preocupările medicinii moderne de a deveni o medicină a sănătății, a prevenirii bolilor.

Înțeleasă astfel, utilizarea analizelor de laborator apare perfect rațională, justificată.

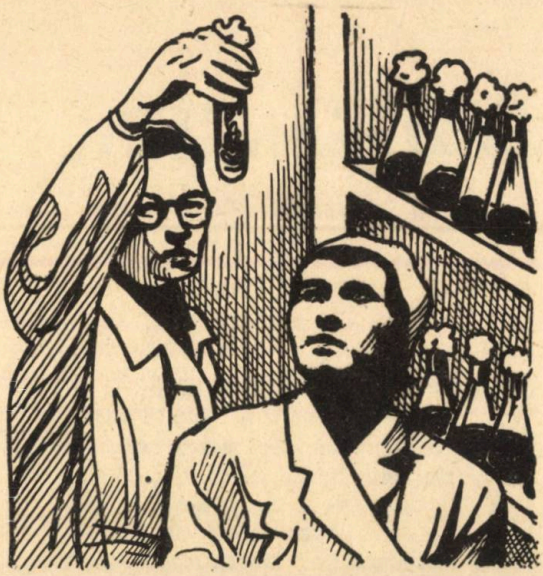
Exagerări și abuzuri

Se pare că nu trebuie să pledăm prea mult pentru a convinge populația de marea utilitate a analizelor de laborator și a celorlalte metode de explorare. Am putea afirma chiar că s-a mers mult prea departe, *ajungîndu-se la un adevărat cult pentru analize, la idolatrizarea acestora.* Asistăm, atît din partea unor medici tineri, cît și a populației, la un uz exagerat de analize, chiar la un abuz. Se pare că, un medic, cu cît este mai tînăr și cu mai puțină experiență clinică, cu atît va prescrie mai multe analize, iar un bolnav cu cît este mai fricos, mai anxios, cu atît se va supune și expune la un număr mai mare de analize.

De cele mai multe ori bolnavii sînt aceia care solicită efectuarea analizelor ; pentru ei analizele sînt mai lămuritoare decît examenul clinic sau cuvîntul medicului.

Mai mult chiar, vor frecventa laborator după laborator, pentru a repeta analizele și a compara rezultatul acestora. Dacă unele rezultate sînt contradictorii, acest fapt îi dezorientează și mai mult și îi determină să consulte cît mai mulți medici, pentru a smulge o interpretare mulțumitoare.

Dealtfel, este și firesc să se constate, prin repetarea analizelor, rezultate variate, chiar contradictorii, deoarece însuși organismul se schimbă în timp și chiar în cursul unei zile, prin bioritmurile cunos-



cute. Pe de altă parte, laboratoarele lucrează adesea cu tehnici diferite şi deci vor elibera rezultate diferite (nu s-a realizat o standardizare totală a activităţii laboratoarelor). Mai trebuie precizat — şi aceasta nu este deloc meritoriu pentru noi — că unele buletine de analiză exprimă rezultate inexacte, datorite unor erori, care încep de la o recoltare incorectă a probei, de la transportul şi etichetarea greşită a acesteia şi pînă la erori de tehnică de laborator.

Consecinţe negative şi riscuri

Prin repetarea la nesfîrşit a unor analize de laborator, unele persoane ajung să facă o adevărată „boală a analizelor" ; altele însă, după ce le-au efectuat, trec într-o stare de autolinistire : îşi continuă stilul de viaţă şi de alimentaţie de mai înainte, cu abuzurile sau carenţele respective. Aceste persoane procedează întocmai cum s-a exprimat poetul latin, Ovidiu, în Metamorfozele sale : „Văd ceea ce este bine şi încuviinţez, dar urmez ceea ce este rău".

Şi la ce mai servesc atunci rezultatele analizelor ?

S-a mai putut constata că sînt persoane care, după ce au fost investigate prin analize de laborator în cadrul unei acţiuni de depistare în masă a bolilor cronice, nu se mai prezintă să cunoască rezultatele. Este clar că aceste persoane nu înţeleg adevăratul scop al investigaţiilor de laborator, de control şi de supraveghere a sănătăţii.

Firește că rezultatele analizelor trebuie discutate cu medicul şi interpretate de acesta, în contextul stării organismului, constatată printr-un examen clinic complet. Un singur rezultat de analiză nu poate răsturna concluziile unui examen medical complex, el nu este egal cu diagnosticul. Buletinul de analize de laborator furnizează numai date, pe care medicul clinician le utilizează în ansamblul clinic, fixînd diagnosticul.

Mai trebuie precizat că repetarea unor explorări nu este lipsită de riscuri. Astfel, examenele radiologice repetate prezintă riscul unor iradieri inutile. Deosebit de atente trebuie să fie persoanele de sex feminin în perioada fertilă, pentru a nu fi surprinse la debutul unei sarcini.

Şi nu numai atît. Riscul unor reacţii adverse există şi la alte explorări, pentru care medicul îşi ia din timp măsuri preventive.

Ca dealtfel în multe alte domenii ale activităţii umane, şi în domeniul analizelor medicale există un uz raţional. *Est modus in rebus* este o măsură, un simţ al măsurii în toate lucrurile. Să-l respectăm !

IMPORTANȚA GRUPEI SANGUINE și a Rh-ului în transfuzia de sînge

Prima transfuzie de sînge la om s-a efectuat cu sînge de oaie, în anul 1667, de către Jean Baptiste Denis, medicul lui Ludovic al XIV-lea, dar efectul ei a fost de-a dreptul catastrofal pentru bolnav. Totuși, din această primă și nereușită încercare, medicina a avut de profitat, ajungînd la observația fundamentală că omul nu poate primi sînge decît de la un seamăn al său. De atunci și pînă la începutul secolului nostru s-au efectuat numeroase transfuzii de sînge de la omul sănătos la omul bolnav, dar cele mai multe s-au soldat tot cu rezultate nefavorabile.

Insuccesele au fost explicate de-abia în anul 1901, cînd medicul austriac Karl Landsteiner a descoperit 3 din cele 4 grupe sanguine din sistemul ABO, iar după un an Sturbi și De Castello descriu și pe cea de-a patra – grupa AB. După această dată, ținîndu-se cont de compatibilitatea de grup sanguin, numărul accidentelor posttransfuzionale s-a redus considerabil, dar nu total. Abia după anul 1939, cînd Levine a descoperit că factorul Rh este responsabil de majoritatea accidentelor posttransfuzionale în cazurile în care s-a respectat compatibilitatea de grup ABO, transfuzia de sînge a devenit o măsură terapeutică fundamentată științific și de mare eficacitate.

Astăzi se știe că există 4 grupe sanguine, denumite 0, A, B și AB.

Iată însă că în 1911, Dungern și Hirsfeld descoperă existența a două subgrupe A, pe care le denumesc A_1 și A_2. Această descoperire explică apariția unor accidente transfuzionale chiar la bolnavii care, avînd grupa sanguină A, au primit sînge de la un donator tot din grupa A, dar care aparținea de fapt altei subgrupe A. De atunci, numărul subgrupelor descoperite a fost în continuă creștere, numai pentru grupa A fiind descrise încă două subgrupe (A_3 și A_0). De dată recentă, s-a descoperit de către cercetătorii spanioli o nouă subgrupă sanguină, extrem de rară, pe care au denumit-o subgrupa U-Bombay și care, după estimările autorilor descoperirii, ar fi întîlnită doar la aproximativ 30 de oameni de pe întreg globul pămîntesc.

Aglutinogenul unui individ (o substanță antigenică prezentă pe hematiile de om cu grupa sanguină A sau B) poate provoca aglutinarea hematii-

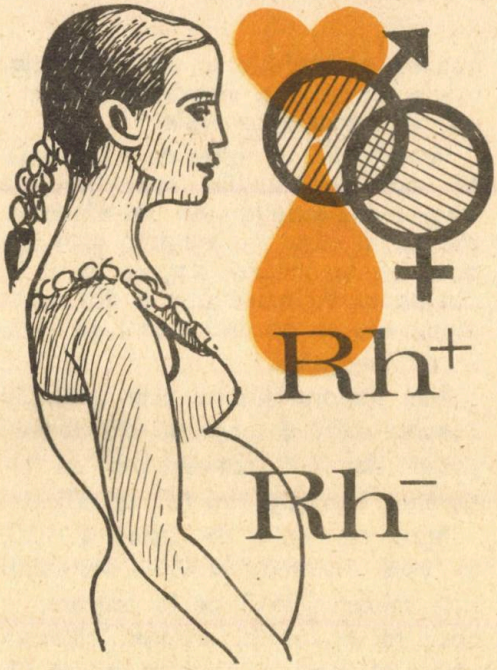
lor altui individ dacă există între ei incompatibilitate de grup sanguin (datorită prezenței în sîngele acestuia din urmă a aglutininelor anti A sau anti B). Incompatibilitatea dintre sîngele donatorului și cel al primitorului duce la apariția șocului transfuzional, manifestat clinic prin : anxietate, vărsături, febră, frison, bradicardie, dureri lombare, oprirea diurezei, colaps și adeseori moarte.

Prevenirea accidentelor transfuzionale se face respectînd strict o serie de așa-zise legi ale transfuziei. Astfel, indivizii cu grupa sanguină AB pot primi, fără risc de hemoliză, sînge de la toate celelalte grupe, motiv pentru care sînt denumiți „primitori universali" ; ei însă nu pot dona decît grupei AB. Sîngele din grupa 0 poate fi transfuzat tuturor indivizilor, neexistînd pericolul hemolizei ; purtătorii acestei grupe sînt denumiți „donatori universali". Grupa A donează grupelor A și AB și primește sînge numai de la grupa A sau de la 0. Grupa B donează grupelor B și AB și primește numai de la grupa B și 0.

După frecvență, repartiția pe grupe sanguine a populației țării noastre se prezintă astfel : 33% grupa 0, 43% grupa A, 16 % grupa B și numai 8 % grupa AB.

Grupa sanguină se transmite ereditar de la o generație de indivizi la alta, după anumite legi, fiecare din părinți putînd transmite descendenților o trăsătură a grupei sale sanguine, care va domina sau va fi dominată de aceea a celuilalt părinte. Medicina judiciară apelează din ce în ce mai frecvent la aceste achiziții ale științelor medicale în soluționarea diverselor cazuri.

Nu este lipsită de importanță nici constatarea că între grupa sanguină și unele boli există o relație directă. S-a stabilit, de exemplu, că ulcerul duodenal este mai frecvent la indivizii cu grupa sanguină 0, în timp ce



diabetul zaharat și unele boli canceroase (dintre care se detașează net cancerul de stomac și leucemiile) sînt mai frecvente la indivizii cu grupa sanguină A. Semnificația acestor constatări nu este încă pe deplin elucidată de medicina actuală, dar se pare că ele reflectă anumite caracteristici ereditare comune pentru componentele de grupă sanguină și aceste boli.

Determinarea grupei sanguine și înregistrarea ei în actele de identitate ale tuturor cetățenilor constituie o măsură de înțeleaptă prevedere, deoarece oricine și oricînd se poate afla în postura de primitor sau de donator de sînge.

La determinarea grupelor sanguine în rîndul populației, în general nu se ivesc probleme dificile. Totuși, sînt cîteva circumstanțe în care există posibilitatea unor erori de interpretare a grupei sanguine. Astfel, în unele boli canceroase (și în special în leucemii) s-a constatat apariția unor eritrocite cu alte antigene decît cele moștenite, deci o deviere de la vechea grupă sanguină. Se crede că în aceste cazuri au avut loc modificări în materialul

genetic al individului, sub influența, foarte probabil, a metaboliților eliminați de celulele tumorale.

Factorul Rh, al doilea ca importanță în incompatibilitățile sanguine, își trage numele de la maimuța *Macacus rhesus*, al cărui ser sanguin este capabil să hemolizeze sîngele la 85 % din populația rasei albe și din acest motiv este Rh pozitivă, restul de 15 % fiind Rh negativă.

Nici factorul Rh nu este unic. Se descriu astăzi 6 subgrupe ale acestui sistem, denumite convențional cu inițialele : Rho (D), Hro (d), rh (C) etc.

Spre deosebire de sistemul AB0, în care incompatibilitatea sanguină este prezentă încă de la naștere, în cazul factorului Rh, incompatibilitatea apare abia atunci cînd un individ Rh negativ primește o transfuzie de sînge de la un donator Rh pozitiv sau cînd o mamă Rh negativă este imunizată de către eritrocitele Rh pozitive ale fătului pe care-l poartă și care provin de la un tată Rh pozitiv.

Accidentul posttransfuzional se produce la o a doua sarcină sau la o sarcină precedată de o transfuzie de sînge Rh pozitiv. În cursul transfuziei are loc un șoc transfuzional, dar el apare mai tîrziu și este mai puțin sever decît în cazul incompatibilității de grup AB0.

Pentru tinerele mame este de reținut observația că, de regulă, primul copil este aparent sănătos, dar următorii copii prezintă – dacă nu se aplică la timp tratamentul necesar – o formă de boală care se manifestă asemănător unei anemii și care se poate agrava, determinînd decesul nou-născutului.

Dacă o mamă Rh negativă are un făt Rh pozitiv, hematiile fătului pătrund în cantitate mică în sîngele matern, de obicei în a doua parte a sarcinii, și produc anticorpi capabili să declanșeze boala hemolitică a nou-născutului, manifestată sub formă de anemie sau icter, în cazurile ușoare, și de avort spontan sau moarte a fătului, în cazurile grave.

Riscul pentru prima sarcină este de obicei redus, dar el crește direct proporțional cu numărul de nașteri și chiar de sarcini.

Avînd în vedere pericolul imunizării anti Rh prin transfuzii, în prezent este interzisă transfuzia de sînge Rh pozitiv la persoane Rh negative și, în special, la cele de sex feminin.

Generalizarea testării factorului Rh în rîndul femeilor gravide constituie o măsură profilactică de mare importanță în activitatea de ocrotire a mamei și copilului. Medicina dispune astăzi de mijloace eficiente de prevenire a incompatibilității Rh dintre mamă și făt, capabile să permită îndeplinirea nobilei meniri a oricărei femei, de a aduce pe lume copii viguroși și cu o zestre biologică bună.

Toate cunoștințele în privința grupelor sanguine și a Rh-ului, acumulate de-a lungul a cîtorva decenii de cercetare și de activitate medicală, desfășurate în întreaga lume, au condus la stabilirea unor precepte medicale în privința efectuării, în caz de necesitate, a transfuziei de sînge, ca singura metodă prin care se pot introduce în organismul unui bolnav eritrocite (globule roșii), leucocite (globule albe), trombocite (plăcuțe sanguine) și plasmă, capabile să îndeplinească, fiecare în parte și toate la un loc, funcțiile lor normale.

Printre indicațiile principale ale transfuziei de sînge se includ : hemoragiile acute dobîndite în urma unor traumatisme, unele boli severe de sînge (leucemie, hemofilie), unele he-

moragii interne sau ulcere hemoragice.

Pierderea prin sîngerare (accidentală sau provocată în scopul donării de sînge) a unei cantități de 200–500 ml sînge este bine tolerată de organism; cînd această cantitate a crescut la 500–1 000 ml devine riscantă, este foarte greu suportată de organism, necesitînd intervenție medicală atentă. Dacă pierderea de sînge depășește 1 500 ml, starea bolnavului este deosebit de gravă, de cele mai multe ori mortală, în cazul în care nu se reface rapid volumul sîngelui pierdut, prin perfuzii cu înlocuitori de sînge sau prin transfuzii de sînge.

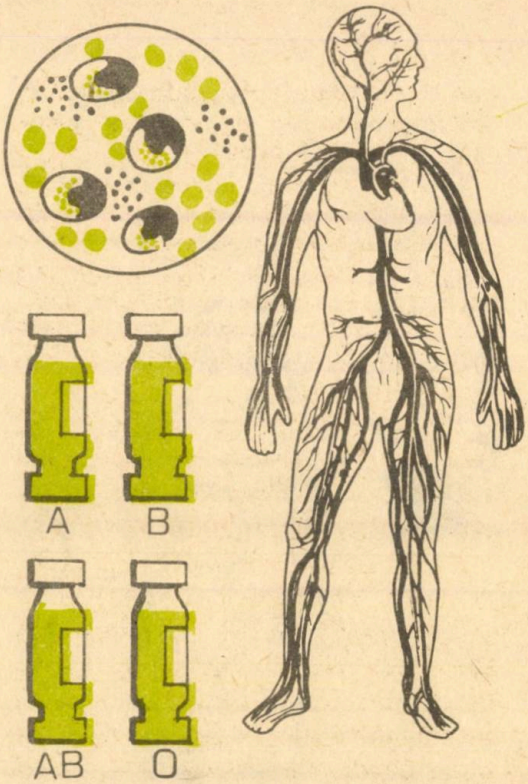
Sîngele transfuzat nu are însă și valoare stimulativă, de medicament nutritiv, tonic, după cum greșit este interpretat de cei mai puțin avizați.

Deși în numeroase cazuri transfuzia de sînge este o soluție salvatoare, ea nu este lipsită de riscuri și accidente, rezultate de regulă din necunoașterea indicațiilor și limitelor acestei metode de tratament.

Tendințele moderne în medicină sînt orientate, printre altele, și spre combaterea abuzului de transfuzii. Decizia de a se efectua o transfuzie nu trebuie luată decît în cazul în care avantajele sînt în mod sigur mai mari decît riscurile.

Dacă o parte din accidentele și riscurile transfuzionale sînt legate de incompatibilitatea de grup sanguin AB0 sau de factor Rh, altele se datoresc introducerii în organismul primitorului, odată cu sîngele transfuzat, și a virusului hepatitei epidemice, deoarece pînă în prezent nu există nici un mijloc de a distruge acest virus în cursul conservării sîngelui, iar metodele de depistare a donatorilor purtători de virus nu sînt încă perfecte.

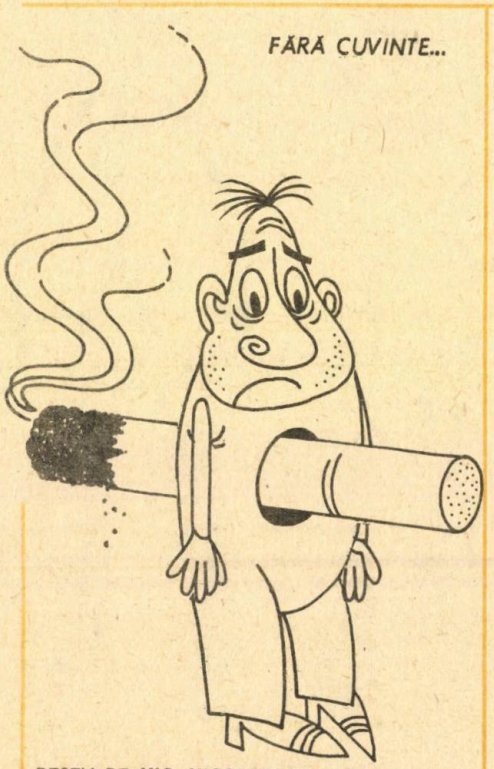
Singura precauție posibilă rămîne deci limitarea numărului de transfuzii,



recomandîndu-se numai la cazurile la care avantajul transfuzării este mai mare decît pericolul unei hepatite de inoculare. Așa-numita hepatită de inoculare se întîlnește cu o frecvență relativ crescută la bolnavii care au primit în ultima vreme una sau mai multe transfuzii de sînge ; mai mult chiar, hepatita de inoculare posttransfuzie are aproape întotdeauna o evoluție mai severă decît formele de hepatită epidemică transmise pe alte căi (de regulă, calea digestivă).

Ținînd în permanență cont de riscurile transfuzionale, practica medicală a dovedit de-a lungul timpului că transfuzia de sînge a reprezentat și reprezintă una din cele mai mari realizări terapeutice, în special în medicina de urgență, imaginată de mintea omului și utilizată sub supravegherea sa directă.

DR. **ANA POPESCU**
LEAGĂNUL DE COPII NR. 1
BUCUREȘTI

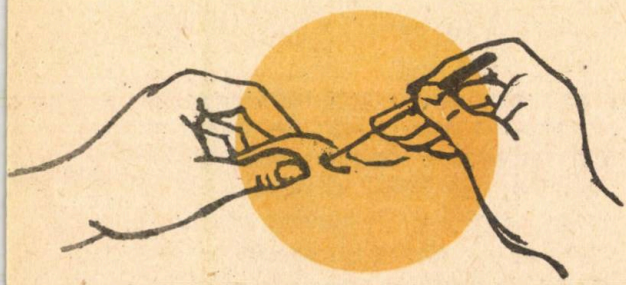


DESEN DE **NIC. NICOLAESCU**

Desen de
NIC. NICOLAESCU

ACUPUNCTURA

mit sau realitate?



Metodă străveche, a cărei geneză se află în medicina extrem-orientală — şi nu numai în cea chineză, cum greşit se consideră, aportul medicinii japoneze şi vietnameze în acest domeniu fiind la fel de important — acupunctura este reactualizată, constituind obiectul de studiu al multor cercetători.

Studiile moderne au în vedere două obiective : în primul rînd să îndepărteze elementele tradiţionale lipsite de suport ştiinţific din practica acupuncturii şi, în al doilea rînd, să explice mecanismul intim al acţiunii acupuncturii prin prisma datelor moderne de neurofiziologie, biochimie, electrofiziologie, în vederea stabilirii locului pe care acest procedeu îl ocupă în terapeutica modernă.

Medicina tradiţională din Extremul Orient, justificată de inexistenţa unor fac-

tori chimici medicamentoşi activi — milenii întregi rezumîndu-se la preparate din plante, care deveniseră panaceu universal — a recurs la acupunctură ca singurul sâu aproape singurul mijloc terapeutic ce foloseşte factori fizici lipsiţi de toxicitate şi destul de uşor de aplicat. De aici două consecinţe care au dominat şi care mai sînt încă de actualitate în practica acupuncturii :

— studierea extrem de analitică a topografiei ecranului biologic cutanat, pentru găsirea punctelor celor mai active şi

— extinderea indicaţiilor acestei terapii, de la tulburările funcţionale la suferinţele cu substrat organic.

Dacă prima consecinţă a impulsionat cercetările în aşa fel încît s-a ajuns la definirea locului şi timpului optim de aplicare a acupuncturii, în schimb, cea de a doua a avut urmări nefaste, fie întîrziind instituirea unei terapii active în unele boli în care acupunctura era insuficientă sau ineficientă (un exemplu constituindu-l tuberculoza pulmonară), fie scăzînd interesul medicilor şi bolnavilor faţă de un procedeu terapeutic util în multe situaţii.

În concepţia medicinii extrem-orientale, omul este identificat cu o plantă ale cărei frunze şi rădăcini constituie polii prin care îşi realizează încărcătura constantă de energie care circulă de sus în jos şi invers. Din jocul circulaţiei energiei se realizează acea alternanţă a energiei între cei doi poli, care echivalează cu funcţionalitatea normală a organismului, deci cu starea de sănătate. Ruperea echilibrului energiilor conduce la apariţia bolii. Pentru însănătoşirea bolnavului este necesar să fie readus la normal acest echilibru energetic, punct de vedere care pleacă de la premisa fundamentală a existenţei factorilor de însănătoşire în însuşi organismul bolnav.

Starea de sănătate este realizată de echilibrul în care se află cele două forţe fundamentale, existente în natură : Inn şi Yang.

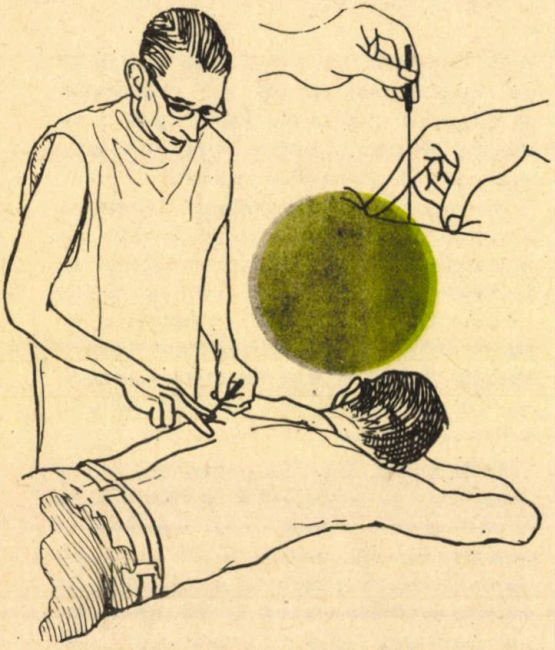
Yang este energia pozitivă care corespunde pe plan fizico-chimic energiei solare, fiind identificată cu căldura şi lumina, cu ziua, forţa, mişcarea, puterea, cu sexul masculin, cu cerul şi cu starea de gol. Această energie are sub dependenţa sa organele cavitare (starea de gol) : stomacul, intestinul subţire, intestinul gros, vezicula biliară şi vezica urinară.

Inn reprezintă forţa contrarie, negativă, dependentă de lună, care corespunde energiei circulatorii, fiind identificată cu întunericul, frigul, noaptea, starea de slăbiciune, cu sexul feminin, cu pămîntul, cu starea de plin. Sub dependenţa acestei energii circulante stau organele parenchimatoase : inima, plămînii, ficatul, rinichii, pancreasul, splina.

Forţe opuse, dar complementare, Inn şi Yang sînt în permanentă interacţiune şi transformare, aflîndu-se la baza tuturor fenomenelor din natură şi din organism. Această energie circulă prin nişte traiecte numite meridiane, care se află de-a lungul corpului. Există un număr de 12 meridiane principale : 6 de natură Yang şi 6 de natură Inn. Fiecare meridian principal prezintă un traiect extern, de-a lungul căruia sînt înşiruite punctele destinate acupuncturii şi un alt traiect intern, prin care se stabilesc legăturile cu organele interne. Cunoaşterea traiectului extern este necesară pentru localizarea punctelor, iar a celui intern pentru înţelegerea raporturilor dintre puncte şi organele interne. În afara acestor meridiane principale, mai există şi meridiane secundare, care alcătuiesc reţeaua de legătură dintre meridianele principale şi organele interne.

Energia din meridiane se află în continuă mişcare. Astfel, în meridianele principale energia circulă într-un ritm constant, cu o viteză de 4 cm/minut, parcurgînd întregul lanţ al meridianelor de 50 de ori în 24 de ore. În acelaşi timp, fiecare meridian are în interval de 24 de ore o perioadă de maximă activitate, care durează 2 ore. S-a putut constata că simptomatologia legată de un anumit meridian prezintă o agravare în orele de maximum energetic, cînd, din punct de vedere terapeutic, este mai uşor de sedat.

Localizarea punctelor prin a căror înţepare se obţine efectul dorit constituie un



moment important al practicii acupuncturii, aceasta ținînd atît de buna cunoaștere a meridianelor și a zonelor punctiforme, cît și de experiența acupunctorului.

Între aceste puncte și organele interne există o corelație, iar prin înțeparea lor este readusă la normal funcția organului corespunzător. Identificarea acestor puncte se face fie prin palpare (metoda tradițională), fie cu ajutorul unor aparate (metoda modernă).

Avînd o suprafață estimată la 2,8 mm², punctele de acupunctură se găsesc în mici depresiuni cutanate, greu de sesizat în lipsa unei îndelungate experiențe. La presiunea exercitată de pulpa degetului examinatorului, bolnavul percepe o senzație dureroasă de intensitate mică, dar semnificativ diferită de senzația de apăsare a tegumentelor din jur.

Modalitatea de efectuare a acupuncturii a suferit modificări în decursul milenarei sale existențe, astfel încît în prezent se cunosc patru metode :

a) metoda clasică, constînd din înțeparea cu ace a punctelor de pe meridiane ;

b) metoda care folosește foițe de metal în loc de ace. Este vorba de bucăți de aur, oțel, cupru, argint, care se aplică peste punctele dorite, fiind fixate cu leucoplast. Durata menținerii acestor foițe este variabilă, în general pînă la dezlipirea lor spontană ;

c) metoda Moxa, care constă în arderea unor frunze de plante, arbori sau arbuști (cea mai mare utilitate avînd-o o specie de pelin) pe suprafețe mici, bine delimitate, care corespund punctelor de acupunctură. Această modalitate terapeutică a dat rezultatele cele mai bune în mîna unor acupunctori moderni ;

d) metoda combinată (acupunctură + homeopatie). În zonele de acupunctură se administrează medicamente homeopatice corespunzătoare.

Acele de acupunctură trebuie să îndeplinească cel puțin două condiții pentru a fi proprii acestei metode terapeutice : să nu se oxideze și să se preteze la dezinfecție ușoară (flambare). Pentru aceste motive se folosesc ace de oțel inoxidabil, aur, argint sau din diferite aliaje (oțel, cupru, nichel etc.). Ele trebuie să fie cît mai efilate și cu vîrful bine ascuțit, pentru ca traumatismul să fie minim, diametrul să nu fie mai mic de 0,2 mm, dar nici mai mare de 0,7 mm, iar lungimea între 2 și 8 cm.

Durata menținerii acelor variază între 2 și 10 minute. La persoanele cu afecțiuni acute, la copii și la bolnavi slăbiți, irascibili, se recomandă ca durata să fie mică, iar la persoanele cu suferințe cronice, timpul se poate prelungi pînă la 10—12—15 minute. Mai mult chiar, durata poate fi depășită dacă acele sînt fixate bine în piele.

Numărul punctelor asupra cărora se acționează într-o ședință, pentru a obține eficacitatea scontată, variază între 6 și 8, iar numărul ședințelor de acupunctură variază în funcție de afecțiuni. Astfel, în suferințele acute, dureroase, sînt suficiente 4—6 ședințe, în timp ce în suferințele cronice, cu afectarea mai multor organe, se poate ajunge la 10—15 și chiar la 20 de ședințe.

Indicațiile acupuncturii sînt în special de ordin curativ, interesînd mai ales afecțiunile în care durerea constituie manifestarea dominantă. Deoarece stimulează mecanismele fiziologice de apărare a organismului, metoda are și valoare profilactică nespecifică.

În scop curativ, acupunctura își găsește indicații foarte largi : de la tulburările funcționale pure, fără leziuni organice bine definite (nevralgii, de sciatic, de trigemen, de facial), diskinezii biliare, cefalee de tip vascular, dismenoree etc. și de la suferințe ale organelor cavitare care, pe lîngă elementul funcțional, au la bază și leziuni organice (ulcer gastroduodenal, unele colecistite acute și cronice, colon iritabil, arteriopatia obliterantă), pînă la afecțiuni care au la bază spasme ale musculaturii netede (colici biliare, intestinale, bronhospasm) sau chiar în scop anestezic. Sub anestezie acupuncturală au fost posibile intervenții chirurgicale cu rezultate pozitive ca : laringectomii, gastrectomii, splenectomii sau chiar operații pe cord deschis.

Desigur că această metodă cunoaște și limite. Astfel, în cazurile cu leziuni organice ireversibile, cum ar fi : bolile canceroase, bronșitele cronice obstructive, bolile valvulare, cele renale sau endocrine cu distrucții glandulare, rezultatele sînt slabe sau nule.

Diagnosticul în acupunctură presupune, pe lîngă metodele clasice, și o metodologie proprie, care constă în cercetarea pulsului. Valoarea diagnostică a pulsului în acupunctură este așa de mare încît medicina tradițională extrem-orientală identifică 27 de caracteristici ale pulsului.

În general, această metodă terapeutică nu are contraindicații. Dintre incidentele care pot apărea în cursul acupuncturii, menționăm : vertijul și lipotimiile, care nu constituie motive de alarmă, ele putînd fi interpretate ca un bun răspuns terapeutic. Cum lipotimiile apar aproape exclusiv în poziția în picioare, este recomandabil ca tratamentul să se aplice în poziția culcat și numai în cazuri rare în poziția șezîndă.

O premisă teoretică de la care se pleacă în estimarea eficienței acestei terapii o constituie și faptul că răspunsul este mai bun la persoanele slabe și la cele normoponderale în raport cu cele obeze, la copii decît la adulți, la adulți decît la bătrîni.

De asemenea, periodicitatea sezonieră și cea diurnă influențează într-o măsură semnificativă eficacitatea acupuncturii. Astfel, stările caracterizate prin predominanța sistemului nervos vegetativ simpatic sînt mai ușor de tratat primăvara și vara, tratamentul efectuat dimineața fiind cel mai eficace, în timp ce stările caracterizate prin manifestări în care predomină tonusul parasimpatic sînt mai ușor de influențat toamna și iarna, iar în ceea ce privește periodicitatea diurnă, seara.

Incorecta localizare a punctelor de acupunctură, estimarea greșită a numărului de puncte necesar, precum și a numărului de ședințe sau a duratei fiecăreia, constituie tot atîtea cauze care pot reduce eficiența acestei terapii.

Utilizată cu discernămînt și cu simț clinic deosebit, acupunctura reprezintă, alături de celelalte practici medicale, un mijloc terapeutic deosebit de eficace în unele situații patologice, fiind folosită nu numai ca un adjuvant al terapiei medicamentoase, dar și ca tratament de elecție.

DR. EMIL POPESCU

FĂRĂ CUVINTE...

DESEN DE NIC. NICOLAESCU

ALERGIILE MALADII ALE UNUI ORGANISM SENSIBILIZAT

DR. MARIA CHIRILĂ
INSTITUTUL DE MEDICINĂ INTERNĂ
„N. GH. LUPU"

Alergia este o stare de reactivitate exagerată și patologică a unui organism sensibilizat față de anumite substanțe din mediul ambiant cu care acesta vine în contact în mod repetat. Aceste substanțe cu care ne întîlnim în mod obișnuit se numesc alergene și ele nu sînt neapărat nocive, iar la majoritatea indivizilor nu produc nici o reacție. Alergenele cunosc o mare diversitate : alimente, polenul florilor, fulgi, peri de animale, praf, medicamente, veninul unor insecte etc. În contact cu aceste alergene, organismul fabrică niște substanțe numite anticorpi, strict specifici și capabili să se unească cu alergenul care le-a dat naștere. Reacțiile alergice care urmează acestei cuplări se datoresc de fapt eliberării în mod masiv și rapid a unor substanțe denumite mediatori, dintre care cea mai importantă s-a dovedit a fi histamina.

Afecțiunile alergice rezultate se datoresc atît factorilor predispozanți (terenul), cît și celor favorizanți (mediul).

Oamenii de știință și cercetătorii s-au preocupat de reactivitatea deosebită a unor persoane față de mediul înconjurător în comparație cu aceea întîlnită la majoritatea indivizilor. Și astfel au putut fi observate o serie de boli ca : rinita, astmul, urticaria, eczema, febra fînului etc. De asemenea, s-a mai observat și faptul că o anumită sensibilitate la aceste boli se poate transmite din generație în generație, ceea ce explică existența unui factor ereditar, genetic.

Dintre bolile alergice cu cea mai mare răspîndire și care ridică probleme terapeutice, uneori greu de rezolvat, sînt astmul bronșic și alergiile medicamentoase, acestea din urmă, prin gravitatea lor, putînd să pună viața bolnavului în pericol. Un exemplu în acest sens îl constituie edemul Quincke și șocul anafilactic.

Dar organismul uman este influențat de mediul ambiant prin condițiile de climat și prin poluanți atmosferici. Se știe că un climat rece și umed mărește receptivitatea căilor aeriene la infecție și la alergizare, iar poluanții atmosferici vehiculează pneumalergeni (praf de casă, fungi atmosferici, pene, peri) și prin acțiunea lor iritantă fac să crească sensibilitatea bronșică, ducînd în final la astmul bronșic alergic.

Dar un rol major în geneza alergiei îl are poluarea domestică. Aerocontaminanții domestici, după cum am menționat, sînt de o mare diversitate. Astfel, folosirea pe scară tot mai largă de substanțe sub formă de sprayuri ca : fixativ, deodorante, insecticide, pesticide etc. este nu numai agravantă, dar și declanșantă pentru alergici.

O expunere masivă la agenți chimici provenind din industria petrochimică sau la pesticide induce la persoanele predispuse o sensibilizare respiratorie, adesea asociată cu o alergie de tip alimentar, deoarece multe alimente conțin aditivi de aceeași natură.

Fumatul, cauză majoră a poluării aerului din interior, crește concentrația de oxid de carbon, iar gazele, utilizate la încălzirea apartamentului și în bucătărie, sînt surse de bioxid de azot, oxid de azot și oxid de carbon.

Dar numărul poluanților și alergenelor, legați de prezența sau activitatea umană, poate fi nelimitat, fiind în funcție de obiceiurile și ocupațiile persoanelor respective. Astfel, prezența unui cîine sau a unei pisici poate constitui o sursă alergizantă prin perii lor, iar hrănirea peștilor de acvariu cu purici de baltă (Daphnia) constituie, de asemenea, un factor cauzal. Există bolnavi care prezintă ani de zile simptome minore conjunctivale și nazale, declanșate de Daphnia, pînă cînd să se instaleze un astm bronșic. De aceea, prima condiție terapeutică o constituie înlăturarea acestei surse alergizante din casă, care poate să ducă uneori la dispariția completă a simptomelor, alteori însă fiind necesară o scurtă cură de hiposensibilizare.

Surse de peri alergizanți pot fi considerate și păturile păroase, cergile, părul de animale din care este țesută îmbrăcămintea (părul de angora este considerat foarte alergizant) sau pielea animalelor folosite în casă drept covorașe.

La noi în țară sînt zone, ca cele din Banat și Transilvania, unde există obiceiul ca localnicii să se acopere cu pilote din puf și pene și să folosească multe perne, ca ornament. În acțiunea de cercetare întreprinsă în aceste regiuni, s-a dovedit că, pe lîngă alergiile respiratorii deja manifeste, există și o sensibilizare latentă la pene, depistată în rîndul populației, în general.

Dar alergenele domestice sînt reprezentate în principal de praful de cameră, care oferă condiții optime dezvoltării acarianului *Dermatophagoides pteronyssinus*, unul din cei mai potenți și importanți alergeni. Incidența cea mai mare a acestui acarian există în casele vechi, cu interiorul aglomerat de lucruri care reține praf și care nu permit curățirea zilnică. De asemenea, dermatophagoizii sînt prezenți și în locuințele cu igrasie, deoarece acest acarian se dezvoltă bine în condiții de umiditate relativ ridicată.

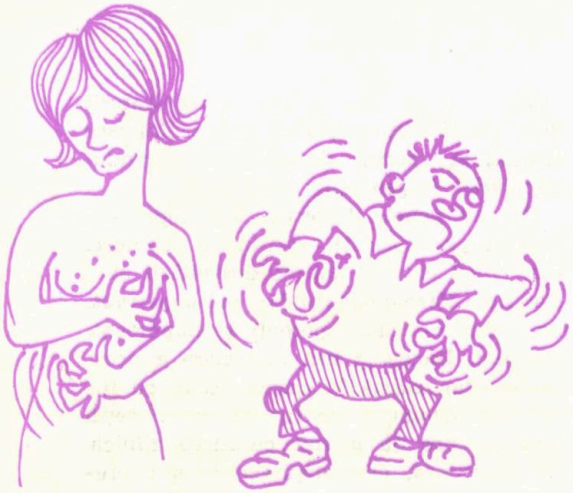
Nu trebuie ignorate nici florile de casă cu potențial alergizant ca : liliacul, crinii, trandafirii etc. sau unele plante în ghivece, care întrețin spori de mucegai și o umiditate ridicată în încăpere.

Dar munca în gospodărie expune la o serie întreagă de alergeni respiratori și cutanați, cum ar fi : detergenți, substanțe aromate, picante, făină, materiale sintetice, scame de lînă și bumbac. De aceea, se recomandă unui alergic să evite pe cît posibil expunerea la agenții poluanți enumerați, să locuiască în camere bine aerisite, expuse la soare (ultravioletele distrug *Dermatophagoides pteronyssinus* și sporii de fungi), să folosească detergenți lichizi, să evite clădirile vechi sau chiar pe cele noi care prezintă fenomenul de condens și igrasie, precum și construcțiile cu o ventilație deficitară sau cu vegetație pe ziduri, care conferă acestora un grad mare de umiditate.

În afara alergenelor domestice, o importanță deosebită o prezintă și alergenele atmosferice de origine vegetală, din care amintim polenurile. Acestea determină boala alergică denumită polinoza sau febra de fîn. La noi în țară, alergiile cele mai frecvente la polenuri sînt cauzate de polenurile de graminee.

Pentru combaterea manifestărilor alergice, bolnavilor alergici sau predispuși li se recomandă :

— să nu consume alimente conservate, condimente (ardei, piper, muștar, oțet, sare de lămîie), băuturi alcoolice (îndeo-



sebi cele fermentate — vin, bere), brînzeturi fermentate sau cu mucegai :

— bolnavii care suferă de polinoză să evite ceaiurile din plante aromate (tei, mentă, muşeţel etc.), miere de albine sau granule de polen în scop terapeutic, deoarece acestea pot declanşa simptomele;

— să nu consume medicamente cu mare potenţial alergizant, cum ar fi : aspirină, piramidon, antinevralgice, algocalmin, fenilbutazonă şi penicilină ;

— să nu aleagă o profesiune cu expunere la poluanţi fizici, chimici, biologici sau la alergene.

Orice bolnav alergic trebuie să fie investigat pentru depistarea unor focare microbiene (infecţii dentare, urinare, sinuzite) sau parazitare (Giardia), în vederea eradicării lor. De asemenea, să nu se neglijeze tratamentul diskineziei biliare hipotone, constipaţiei şi al altor tulburări digestive. Nu trebuie ignoraţi nici eventualii factori psihici precipitanţi sau întreţinători ai suferinţei.

Cei mai mulţi dintre bolnavi se prezintă la Serviciul de alergologie cu acuze de „răceli repetate" şi „viroze respiratorii frecvente", de cele mai multe ori tratate cu antibiotice, ceea ce determină adesea instalarea unei candidoze, capabilă să întreţină boala. În aceste cazuri, bolnavii vor fi investigaţi alergologic şi li se va efectua eventual o probă terapeutică (terapie antihistaminică).

Bolnavilor cu astm bronşic sever, cu suprainfectări frecvente ale căilor aeriene superioare, li se va administra, cu rezultate foarte bune, imunoglobulina antialergică, produsă de Institutul Cantacuzino, Bucureşti, iar cei sensibilizaţi la alergenele din mediu vor beneficia de un tratament cu antihistaminice şi vor lua măsuri de profilaxie faţă de mediu.

Curele balneoclimaterice în salină, la altitudine mare, cura heliomarină şi în staţiuni ca Olăneşti (îndeosebi pentru alergii cutanate) constituie mijloace terapeutice adjuvante şi eficace.

În concluzie, abuzul de substanţe „foarte străine" de organismul uman şi o anumită modificare a reactivităţii individuale sînt factorii care concură la declanşarea reacţiilor alergice şi la creşterea numărului lor. Este de dorit ca măcar acolo unde stă în puterea noastră, să evităm pe cît posibil aceste substanţe care ne agresionează în permanenţă.

Doctorul : *Şi cam ce vrei pe ştiuca asta ?*
Pescarul : *Mai nimic doctore, oleacă de concediu medical...*

EPIGRAME

CADRU DE BAZĂ

El nicicînd n-a avansat,
Dar, de fapt, nu se-ntristează,
Căci un şef i-a explicat
Că e doar cadru de bază.

ABSENŢĂ MOTIVATĂ

– Ai gripă ? Spune, ce-ai păţit ?
Iar ai lipsit trei zile-ntregi,
– Eu n-am nimic, dar m-am gîndit
Să nu o iau de la colegi.

LEAC PENTRU RĂCEALĂ

– La răceala asta grea
Îţi prescriu un ceai calmant.
– Doctore, aş prefera
Mai curînd un ceai... dansant !

ABUZ DE SOMNIFERE

Neputînd să doarmă-n pat,
Zeci de somnifere-a luat,
Dar cu-acest grozav aport
S-a trezit spre ziuă... mort.

PAZNICI DE LA POLUL NORD

Mă-ntreb mereu, nedumerit,
Gîndind la paznicii cei buni,
Cum de rezistă la dormit,
Cînd noaptea ţine şase luni ?

TEODOR MARICARU

HORMONII ŞI OSTEOPOROZA

Osteoporoza este boala metabolică osoasă cel mai des întîlnită. Ea se traduce printr-o suferinţă a ţesutului osos, caracterizată prin scăderea masei osoase în ansamblu şi este adesea cunoscută sub denumirea de decalcifiere. Numeroase studii au demonstrat că numărul cazurilor de osteoporoză creşte odată cu virsta : la femei, după menopauză, iar la bărbaţi, cel mai adesea la bătrîneţe (osteoporoza senilă).

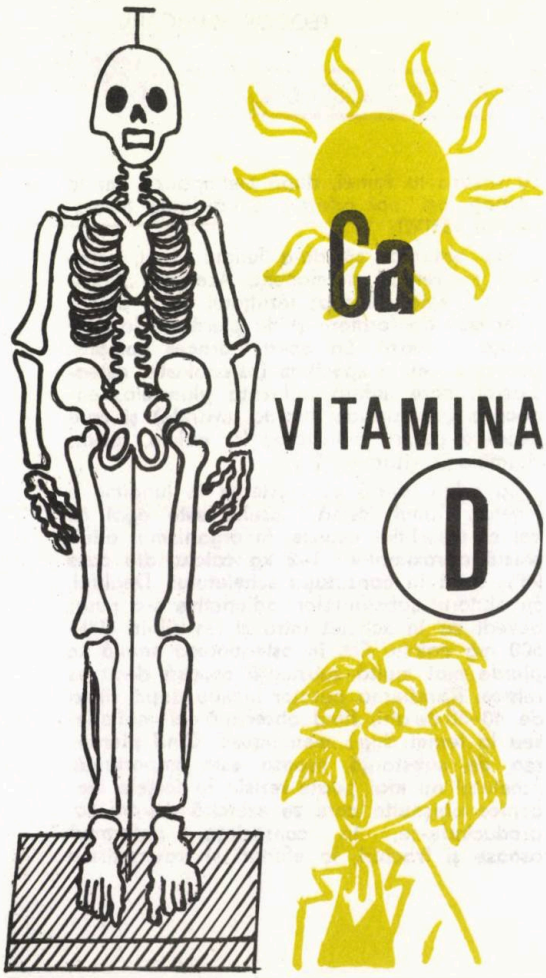
S-a observat că de-a lungul vieţii, scheletul se reface permanent. Această „remodelare" este de fapt rezultatul unui proces alternativ de formare şi de pierdere de substanţă osoasă. La acest proces complex participă celule specifice (osteoblaste, osteoclaste), care suferă influenţa glandelor endocrine (paratiroide, tiroida, ovarele) şi care necesită pentru activitatea lor calciu, fosfor, vitamina D, vitamina C etc.

La adult, după ce creşterea în lungime a încetat, ritmul formării osului este egal cu cel al resorbţiei osoase. În organismul adult există aproximativ 1–2 kg calciu, din care 98% intră în constituţia scheletului. Dealtfel, cu ajutorul substanţelor radioactive s-a putut dovedi că în schelet intră şi ies zilnic 400–500 mg calciu. Or, în osteoporoza senilă se pierde mai multă substanţă osoasă decît se reface. Rarefierea oaselor începe după vîrsta de 40–50 de ani, fiind observată cel mai adesea la femei după menopauză. Cînd pierderea de substanţă osoasă este importantă, scheletul nu mai poate rezista la forţele mecanice obişnuite care se exercită asupra sa, producîndu-se, în consecinţă, deformări osoase şi fracturi, la eforturi şi traumatisme

uneori minore. De cele mai multe ori pierderea de substanță osoasă este mai evidentă la mîini, gîtul femurului și coloana vertebrală.

Între cauzele osteoporozei, un rol de seamă îl deține vîrsta înaintată și factorii hormonali. Suferințele unor glande ca : tiroida, paratiroidele, suprarenalele și organele genitale se răsfrîng inevitabil asupra structurii scheletului. Astfel, la bolnavii hipertiroidieni, pierderea de substanță osoasă este apreciabilă, depășind ritmul resorbției din osteoporoza senilă. În urina și fecalele bolnavilor se elimină zilnic cantități mari de calciu și de fosfor. În același timp, există însă și o formare compensatorie de substanță osoasă. Dacă hipertiroidia este de lungă durată și apare la femeia la menopauză, resorbția osoasă este importantă, necesitînd instituirea de urgență a tratamentului antitiroidian.

În afecțiunile glandelor paratiroide sau în hiperparatiroidism, rarefierea osoasă se datorește accelerării resorbției osoase. De asemenea, osteoporoza apare și în boala glandelor suprarenale (boala Cushing). Excesul de hormoni suprarenali sau hormoni corticoizi este în astfel de cazuri răspunzător de dereglarea metabolismului vitaminei D, care are drept urmare absorbția defectuoasă de calciu. Hormonii suprarenali acționează însă și direct asupra intestinului, împiedicînd absorbția calciului din alimente. Dar complicațiile osoase care survin pot fi în parte evitate prin tratarea la timp a bolii Cushing și prin administrare de vitamină D în doze suficiente.



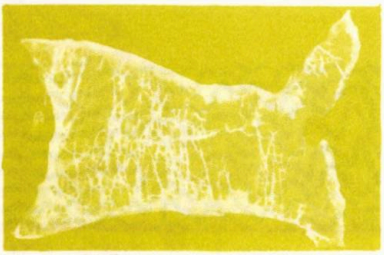
Frecvența osteoporozei după menopauză a pus în discuție, firește, rolul deficitului hormonal, care este evident în această situație. Astăzi, se știe că hormonii estrogeni la femeie și cei androgeni la bărbat nu cresc puterea de formare osoasă a celulelor osteoblaste, ci blochează resorbția osoasă excesivă, acționînd asupra mucoasei intestinale, cu rol în absorbția calciului și în reglarea acestuia. S-a constatat că în astfel de cazuri, tratamentul cu hormoni estrogeni scade pierderile de calciu prin urină, oprește resorbția osului, întîrziind progresiunea osteoporozei, dar fără a o vindeca. Este preferabil ca tratamentul hormonal să înceapă cît mai devreme, înainte de instalarea osteoporozei, adică în primii 5 ani după încetarea menstrelor.

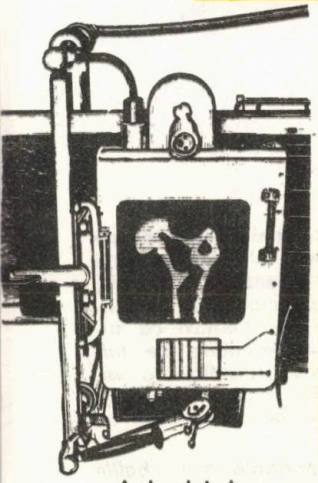
La bărbații care prezintă insuficiență testiculară (hipogonadism) și la care osteoporoza apare din tinerețe, preparatele cu testosteron administrate o perioadă îndelungată de timp s-au dovedit a fi eficiente, oprind resorbția osoasă. La vîrstele mai înaintate, osteoporoza este și consecința absorbției deficitare de calciu din intestin. Această dereglare poate fi corectată prin administrare de vitamină D. La adult, deși aportul alimentar de calciu este suficient, s-a constatat că mai puțin de jumătate din calciul ingerat se absoarbe în intestin. Absorbția de calciu este mare numai la copii în perioada de creștere și la femeile gravide sau cele care alăptează.

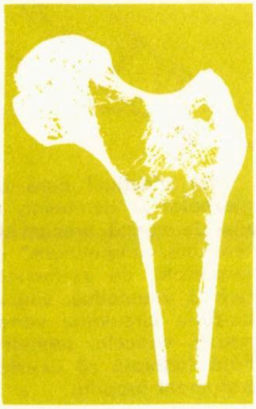
Osteoporoza poate apărea și la tineri, deși mult mai rar. Este așa-numita osteoporoză juvenilă, care se instalează între 8 și 14 ani și a cărei cauză nu este încă cunoscută. Rarefierea osoasă a mai fost descrisă în cursul sarcinii sau în perioada de lactație, ca urmare a pierderilor masive de calciu și fosfor, în aceste cazuri fiind necesar a se recomanda suspendarea alăptării.

S-a constatat, de asemenea, că tratamentul îndelungat cu heparină, cu rol anticoagulant, poate să ducă la osteoporoză, datorită potențării resorbției osoase. Rarefieri osoase s-au mai descris și în ictere mecanice prelungite sau după rezecție gastrică.

În ceea ce privește terapia osteoporozei, în afara tratamentului care se adresează afecțiunilor glandulare, medicația de bază o constituie calciul, în asociere cu vitamina D. Administrarea de glicerofosfat de calciu crește retenția de calciu și diminuă pierderile de minerale și de substanță osoasă. În tulburări digestive cu deficit de absorbție de calciu, se recomandă adăugarea de vitamină D, aceasta







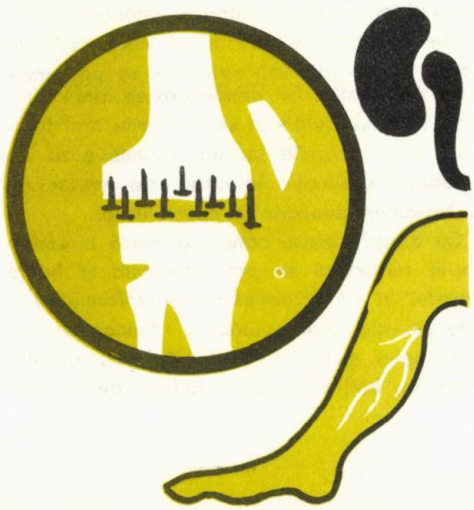
avînd rolul de a uşura trecerea calciului prin peretele intestinului. Cercetări de dată relativ recentă au atras atenţia asupra importanţei considerabile a vitaminei D_3 în constituirea şi consolidarea osului. S-a aflat astfel că vitamina D_3 sau colecalciferolul, denumită şi substanţa antirahitică, se formează în organism sub influenţa razelor solare ultraviolete. Pentru a fi eficace, ea suferă două transformări succesive în ficat şi în rinichi, dînd naştere în final unei substanţe de 12 ori mai activă — 1,25 hidroxivitamina D_3 sau calcitriolul. Acesta trece în sînge, ajungînd apoi în celulele scheletului şi în cele ale mucoasei intestinale, unde îşi va exercita acţiunea specifică.

S-a observat că persoane vîrstnice suferind de osteoporoză au fost tratate cu succes cu metaboliţi ai vitaminei D_3, cum ar fi calcitriolul, obţinîndu-se remineralizarea şi reconstituirea osului. Întrucît aportul natural de vitamină D_3 la om depinde, în special, de razele solare ultraviolete, insistăm asupra faptului că expunerea la soare este utilă la toate vîrstele şi, mai ales, la bătrîni cu osteoporoză, bineînţeles luîndu-se măsurile de precauţie necesare. Imobilizarea la pat agravează situaţia, crescînd pierderile de substanţă osoasă. Se consideră că, la persoanele cu musculatura mai slabă, viaţa sedentară reduce forţele mecanice care se exercită asupra osului, mărind ritmul resorbţiei osoase.

MADELEINE MĂICĂNESCU GEORGESCU
DOCTOR ÎN MEDICINĂ

Boală reumatismală ?

SAU FALSE REUMATISME



În afara bolilor reumatice propriu-zise, o serie de alte boli se pot manifesta prin suferinţă la nivelul articulaţiilor sau oaselor, pot împrumuta deci un aspect asemănător reumatismului. Este important să se cunoască aceste situaţii, deoarece tratamentul trebuie adresat, în primul rînd, bolii de bază în care manifestarea „reumatismală" constituie numai un aspect şi adesea nu cel mai important. Frecvent, se obişnuieşte ca durerea articulară, prin caracterul său sau prin influenţarea stării funcţionale, să alerteze pacientul mai mult decît alte semne ale bolii,

motiv pentru care se adresează mai întîi sau cu insistență medicului reumatolog.

Numeroase boli se pot însoți la debut sau în decursul evoluției lor de manifestări în aparență reumatice, umbrind pentru un timp boala de fond.

Astfel, *bolile infecțioase, virale*, se însoțesc frecvent de dureri musculare, fapt cunoscut de toți cei care au contractat o gripă. În unele boli virotice pot exista însă și dureri sau chiar inflamații articulare trecătoare ca, de exemplu, în cursul parotiditei epidemice (oreion), al rubeolei, dispărînd de obicei în cîteva zile sau în cîteva săptămîni. Și în hepatita epidemică este posibil ca semnele de început să fie dominate de dureri și inflamații articulare, dar care cedează odată cu apariția icterului. Prezența unei stări generale alterate, cu slăbiciune, indispoziție, lipsa poftei de mîncare, greață, vărsături sînt semne importante pentru excluderea unei boli reumatismale de sine stătătoare, în care aceste semne nu se întîlnesc, sugerînd posibilitatea unei suferințe hepatice. Deoarece odată cu apariția icterului se clarifică diagnosticul și dispare suferința „reumatică", se impune evitarea consumului de medicamente antireumatice, care nu fac decît să agraveze tulburările hepatice.

Și *diabetul zaharat* se poate însoți de artropatii propriu-zise (la articulațiile periferice sau la nivelul coloanei vertebrale), cu unele caractere particulare. În afara acestor situații, bolnavii se adresează frecvent medicului reumatolog pentru senzațiile neplăcute care apar în gambe (dureri, impresie de greutate, amorțeli) și care se datoresc suferinței nervilor membrelor inferioare (neuropatie diabetică). Fără îndoială că tratamentul se va adresa suferinței diabetice.

Nu există nici un dubiu că *obezitatea* determină și suferințe osteoarticulare destul de importante. Supraîncărcarea ponderală acționează ca un factor nefavorabil asupra articulațiilor și a aparatului musculo-ligamentar de susținere, pe care le supune la eforturi neobișnuite, de unde relaxarea ligamentelor cu instabilitate articulară, apariția sau agravarea unor tulburări statice : valg al genunchilor (picior în „X"), prăbușirea bolții piciorului, accentuarea lordozei lombare.

Dureri pe care bolnavii le pun, de asemenea, pe seama reumatismului sînt și *arteritele cronice obstructive* ale membrelor inferioare, care se însoțesc de suferințe ale gambelor (molet), și care apar la efortul impus de mers (claudicație), calmîndu-se în repaus. Tratamentul, în aceste cazuri, revine serviciilor de boli vasculare.

Alte afecțiuni care determină edeme ale gleznelor și gambelor, mai ales la sfîrșitul zilei de muncă, precum și o senzație de durere, tensiune, „îngreunare" a picioarelor, fiind interpretate, de asemenea, de bolnavi ca suferință reumatică sînt reprezentate de *tulburările circulației venoase* (insuficiența venoasă, varicele, sechelele tromboflebitelor). Fără îndoială că acestea beneficiază de un tratament propriu.

Nu sînt lipsite de importanță nici *bolile endocrine*, care pot genera manifestări reumatice, îmbrăcînd aspecte particulare, oarecum caracteristice, ca de exemplu : artroza și spondiloza din acromegalie, demineralizarea din hipertiroidie, osteoporoza din boala Cushing, osteita fibrochistică cu fracturi spontane din hiperparatiroidie, deformările osoase din perioada de creștere în hipotiroidie, osteoporoza menopauzei etc. În aceste cazuri este necesar un tratament asociat antireumatismal și de corectare a perturbației glandulare. Dureri articulare sau periarticulare sînt întîlnite mai des în dezordini endocrine minore, fără a se ajunge la o expresie patologică osteoarticulară netă. Unele femei, prezentînd înaintea ciclului menstrual tulburările cunoscute ca „sindrom premenstrual", au uneori importante dureri articulare, dar mai ales periarticulare, care se datoresc retenției de lichide în organism (edem) și care cedează odată cu apariția menstrei. Ele se pot ameliora substanțial la administrarea unui diuretic (Nefrix). Suferința se întîlnește mai frecvent la persoanele cu un anumit grad de hipotiroidie, situație în care este necesar și un tratament endocrin de specialitate.

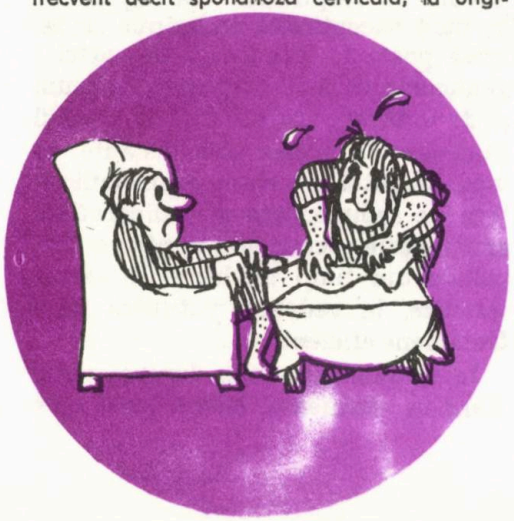
Cu dureri osoase care sugerează uneori o boală reumatică se pot manifesta și *bolile sîngelui și ale organelor hematoformatoare*. Este situația unor anemii, a leucozelor, a mielomului multiplu (boala Kahler), a bolii Hodgkin, boli care vor beneficia de un tra-

tament complex și nu numai de un tratament simptomatic adresat durerii.

În unele *boli renale*, mai ales la copii, pot exista leziuni osoase : de asemenea, în insuficiența renală cronică sau după unele intervenții chirurgicale pe aparatul urinar. În practica reumatologică se întîmplă ca unele insuficiențe renale cronice să fie diagnosticate drept suferințe reumatice, datorită apariției unor crize de gută, crize determinate de creșterea acidului uric în sînge, ca rezultat al incapacității rinichiului de a elimina acest produs din organism.

De foarte multe ori *tumorile*, indiferent de localizare, pot genera dureri sau fenomene inflamatorii la nivelul aparatului locomotor. În cazul tumorilor maligne cu localizare mamară, ovariană, pulmonară etc., în cursul evoluției se pot însoți de o inflamație poliarticulară, ușor de confundat cu poliartrita reumatoidă. Sînt însă situații cînd metastazele osoase sînt considerate drept reumatism și deci tratate ca atare, ignorîndu-se astfel momentul util intervenției.

Cefaleea, durerea de cap, o suferință comună și destul de răspîndită, recunoaște numeroase cauze. Față de acest adevăr bine cunoscut, este surprinzătoare frecvența cu care mulți bolnavi o pun pe seama reumatismului și mai ales pe seama spondilozei cervicale. Este foarte adevărat că evidențierea spondilozei cervicale este facilă, ea necesitînd doar o simplă radiografie. Dar odată constatată prezența acesteia, atît pacientul, cît și medicul sînt uneori tentați să atribuie durerea de cap spondilozei, încetînd să efectueze alte explorări mai dificile. Durerea de cap din timpul spondilozei cervicale este de fapt o durere de ceafă, care se prelungește în zona occipitală joasă, este însoțită de o relativă contractură a musculaturii cefei și de o oarecare limitare a mișcărilor acesteia, ambele fiind bine influențate de analgezice, decontracturante sau fizioterapie. Mult mai frecvent decît spondiloza cervicală, la originea durerilor de cap se întîlnesc alte cauze : sindroame duodeno-veziculare, colecistite, sindroame nevrotice, sindromul premenstrual, tulburări de hemodinamică cerebrală în cursul aterosclerozei, ca să nu enumerăm decît cîteva dintre cele mai obișnuite în practica medicală. În aceste situații, încercarea de rezolvare prin uz sau abuz de analgezice nu este urmată de succes ; tratamentul necesar este mult mai complex, făcînd apel, alături de medicamente, la o serie de măsuri igieno-dietetice, psihoterapie etc.

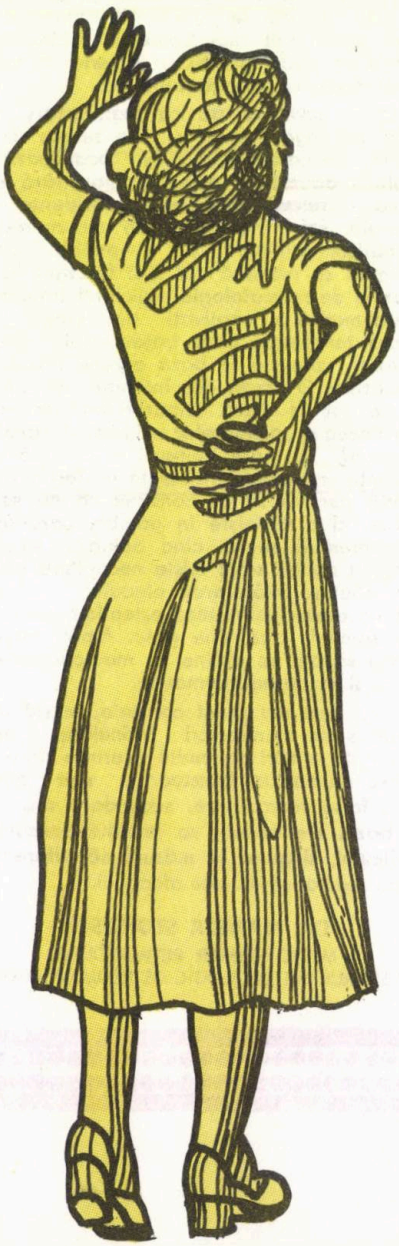


Stările nevrotice au ca manifestare obișnuită pe lîngă cefalee și alte semne de suferință, pe care bolnavii le localizează la nivelul aparatului osteoarticular, fără a se putea releva modificări evidente ale acestuia, stări înglobate sub denumirea de reumatism psihogen. Ca și pentru cefalee, pacienții se prezintă cel mai frecvent la cabinetele de reumatologie, solicitînd tratamente antireumatice și captivați de ideea unui succes terapeutic omit tratamentul specific nevrozei, care stă la baza acestei forme de reumatism. O acuză des întîlnită, dar care se înscrie tot în sfera tulburărilor funcționale, este aceea a „picioarelor neliniștite" *(anxietas tibiarum)*, pe care bolnavii o prezintă ca o suferință reumatică. Insistența în descrierea ei exactă permite să se constate că nu este o durere, ci o neliniște în gambe, care apare de preferință seara, cînd bolnavul se culcă, și care-l obligă să-și miște necontenit picioarele, căutînd înlăturarea pledului, ce pare să-i agraveze neliniștea, așteptînd cu anxietate somnul, care vine greu. Ameliorarea în aceste situații se obține cu medicamente sedative și nu cu antireumatice.

După cum am putut constata, există o sumedenie de manifestări articulare atipice, etichetate uneori cu multă ușurință drept suferințe reumatice. Acestea nu sînt altceva decît false reumatisme, secundare altor boli de bază. De aceea, se impune consultarea medicului, singurul în măsură să diferențieze boala reumatică de alte afecțiuni.

DR. MARIETA STOICESCU
MEDIC PRIMAR REUMATOLOG
CENTRUL METODOLOGIC DE REUMATOLOGIE

Progrese în diagnosticul şi tratamentul SPONDILARTRITEI ANCHILOZANTE



Spondilartrita este un reumatism cronic, deformant, de tip inflamator, care interesează coloana vertebrală şi articulaţiile sacroiliace. Boala evoluează în puseuri şi se manifestă prin durere şi rigiditate progresivă a coloanei vertebrale. Numele său vine de la cuvîntul de origine greacă *spondylos*, care înseamnă vertebră, dar uneori prinde şi articulaţiile membrelor.

Încă de la început atragem atenţia că spondilartrita anchilopoietică este o boală a cărei rezolvare este numai în parte realizată. Succesul este cu atît mai mare cu cît diagnosticul s-a stabilit într-o fază precoce. Dar care sînt semnele care ne determină să ne gîndim la posibilitatea apariţiei acestei boli ? Ori de cîte ori se observă o durere surdă, supărătoare în regiunea lombosacrată sau în fese, necalmată prin repaus, resimţită în special noaptea, uneori cu exacerbare matinală şi însoţită de o stare febrilă, astenie şi diminuarea apetitului. În momentele de acutizare poate sugera o suferinţă de tip lumbago acut, dar care vindecat lasă o senzaţie permanentă de înţepenire a segmentului lombar, de obicei matinală şi care cedează după un timp variabil. Cînd apare senzaţia de opresiune respiratorie, este semn că sînt prinse şi articulaţiile costovertebrale. Această senzaţie dispare însă în faza de anchiloză, odată cu adaptarea bolnavului la respiraţia diafragmatică. În mod excepţional, suferinţa vertebrală poate fi precedată de artrita genunchiului sau a gleznei, precum şi de o durere persistentă la nivelul călcîielor. În aceste circumstanţe, în mod obligatoriu trebuie controlată viteza de sedimentare şi radiografiate articulaţiile sacroiliace, pentru a surprinde din timp modificările caracteristice, în vederea instituirii unui tratament eficient.

În stadiile avansate, durerea rahidiană se atenuează, lăsînd locul unei

anchiloze, cu ştergerea lordozei lombare şi fixarea coloanei vertebrale în cifoză toracală. Mişcările în flexie, extensie şi lateralitate sînt tot mai limitate.

Bolnavii au tendinţa de a adopta de la început poziţia în flexie permanentă a coloanei, pentru a evita contractura musculară reflexă, legată de suferinţa articulaţiilor. Într-un stadiu şi mai avansat, cînd boala este neglijată, apare o fixare a cifozei şi a articulaţiilor coxofemurale, bolnavul realizînd în ansamblu poziţia „de schior" sau „litera Z". El merge cu faţa îndreptată spre pămînt şi cu ochii în sus. Aceasta este forma invalidantă, tardivă, greu de recuperat, în care mobilitatea cutiei toracice este redusă.

Boala se întîlneşte mult mai frecvent la sexul masculin (70—80%), fiind afectate persoanele cu vîrsta cuprinsă între 20 şi 40 de ani. Se consideră că un rol declanşant în apariţia bolii îl au infecţiile genitale gonococice şi negonococice, enteropatiile acute sau psoriazisul. De asemenea, mai sînt incriminate traumatismele, frigul şi umezeala.

Deşi nu se cunoaşte cauza bolii, se presupune că ereditatea ar constitui un factor etiologic secundar, deoarece s-a constatat o prevalenţă de 30 de ori mai mare la rudele bolnavului.

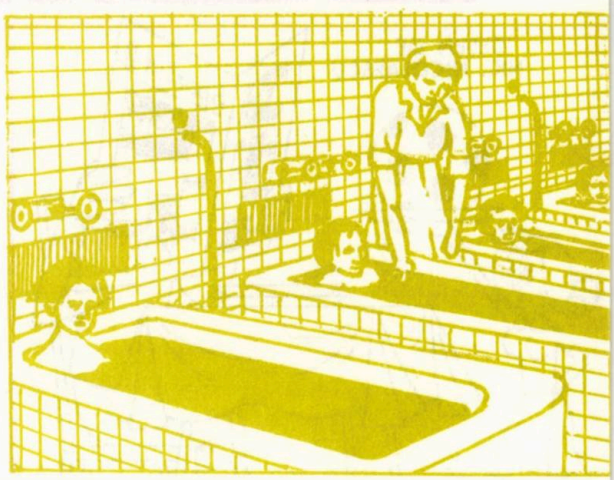
Ca şi poliartrita reumatoidă, spondilartrita este una din afecţiunile reumatismale în care pot să apară, în afară de determinările osteoarticulare, manifestări la distanţă, la nivelul altor organe. Dintre acestea, cele mai frecvente sînt complicaţiile oculare. În acest sens, menţionăm uveitele — inflamaţii ale tunicii mijlocii a ochiului — cunoscute ca unele dintre cele mai redutabile afecţiuni ale ochiului. Dintre uveite, cele anterioare (irite, iridociclite), precum şi episcleritele sînt foarte frecvent consecinţa unor focare de infecţie, cu mari implicaţii de ordin vizual, ducînd chiar la cecitate.

Afectarea inimii este tot mai des constatată. Dintre manifestările cardiace, menţionăm insuficienţa aortică şi tulburările de ritm determinate de fibroza septală.

Nevralgiile intercostale, compresiile medulare, amiloidoza, prostatita cronică sau prostatoveziculita, anemia hipocromă sînt manifestări mult mai rare de care trebuie să se ţină seama, datorită gravităţii lor.

Referindu-ne la evoluţia bolii, s-a putut constata că 40% din bolnavi prezintă o stare generală bună, fără determinări periferice sau viscerale, fără tendinţă la deformări anchilozante. Excepţional, boala poate să rămînă localizată doar la nivelul articulaţiei sacroiliace. Un număr mai important de cazuri (55%) îl constituie formele de gravitate medie, în care anchiloza coloanei se realizează în luni sau ani. Numai la 5% boala are o evoluţie continuă, rapid anchilozantă, cu tendinţe marcate la deformări şi cu afectarea stării generale. Dar această invaliditate depinde, în bună măsură, de tratamentul profilactic al anchilozelor şi al tulburărilor statice.

Pentru a evita complicaţiile, se recomandă bolnavilor să presteze o



activitate zilnică, care să le ofere, în acelaşi timp, şi un confort psihic.

Deşi nu se cunoaşte cauza bolii, există totuşi un program de măsuri terapeutice foarte eficient, cu condiţia de a se institui cît mai precoce şi de a se respecta întocmai de bolnav.

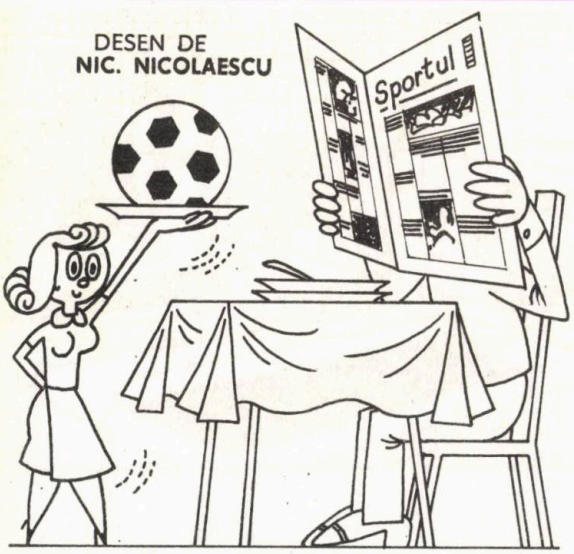
În formele incipiente, terapia prin mişcare şi exerciţiile de postură constituie un mijloc deosebit de eficace. Bolnavul trebuie să ştie că nu există acel medicament miraculos care să suprime boala şi că acesta nu are alt rol decît să limiteze procesul inflamator şi contractura musculară. Gimnastica medicală însă, efectuată de cîteva ori pe zi şi continuată toată viaţa, după un program bine stabilit, urmăreşte prevenirea deformaţiilor vertebrale sau articulare şi a insuficienţei respiratorii prin mijloace cît mai simple. Acest program poate fi realizat cu uşurinţă la domiciliul bolnavului, fără a necesita întreruperea activităţii profesionale. Bolnavul va fi instruit cum să doarmă şi cum să se odihnească, iar exerciţiile respiratorii, cele de postură şi gimnastică la sol vor fi efectuate după principiul non-durerii şi non-oboselii.

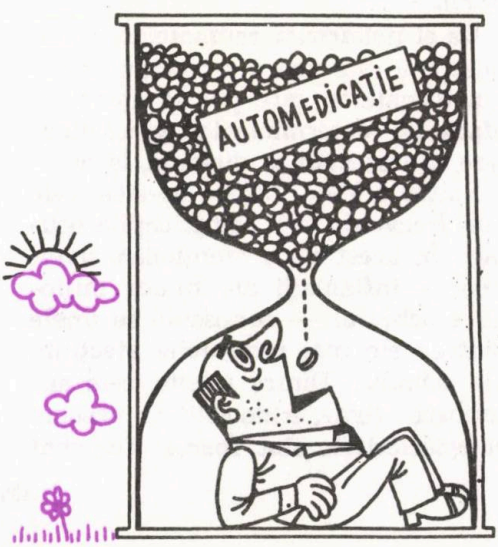
Tratamentul balnear în staţiunile de profil reumatologic este binevenit, cu condiţia unei supravegheri permanente şi în afara fazelor acute. Alegerea staţiunii balneare se face numai de medic, în funcţie de eventualele boli asociate.

Progresele realizate în ultimele decenii au schimbat radical prognosticul bolii, făcînd-o compatibilă cu o viaţă normală, cu condiţia însă de a respecta cu stricteţe programul de prevenire şi recuperare la domiciliu, creîndu-se astfel toate premisele pentru oprirea evoluţiei agravante a bolii, pentru menţinerea îndelungată a capacităţii de muncă.

PROF. DR. REMUS NESTOR
CLINICA DE REUMATOLOGIE,
CENTRUL METODOLOGIC DE REUMATOLOGIE,
BUCUREŞTI

DESEN DE
NIC. NICOLAESCU

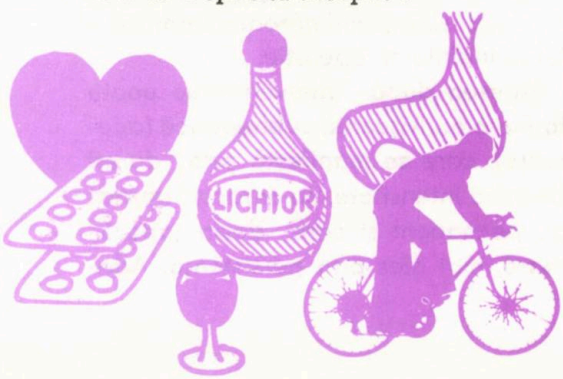




DESEN DE **NIC. NICOLAESCU**

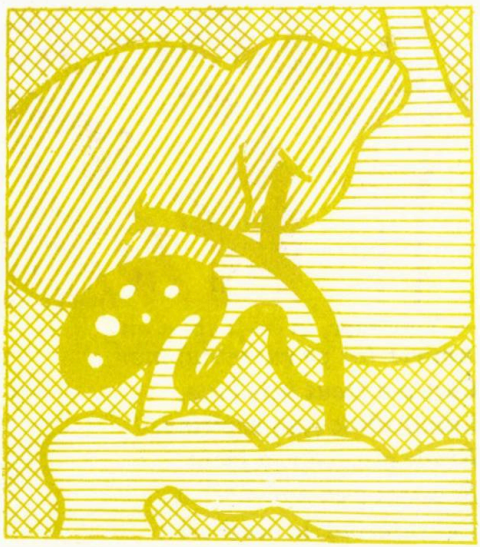
Sfătuitori ....nocivi

Discuția simplu s-a iscat
Cînd vînzătoarea a-nmînat
Unui client din agenție,
Un nou bilet de loterie,
Adăugînd, ca urmare,
Să prindă lozul cel mare,
La care, oarecum jenat,
Acesta, calm, i-a replicat :
— Emoții prea mari nu aș vrea,
Căci nu-s pentru inima mea —
Fraza c-un gest el însoțind
S-arate că e suferind.
— Cu inima, dacă stați prost,
Azi să vă temeți n-are rost —
Interveni subit, cu zel,
Un cetățean de lîngă el —
Căci — continuă el grăbit —
Savanții au descoperit
Că vindecarea e deplină
Prin tratament cu aspirină.
— Eu — spune alt client prezent —
Știam despre un tratament
Mai bun, și-anume cu lichior,
Că e vasodilatator.
— Nu ! — zise primul guraliv —
Asta-i doar un paleativ.
Atunci, altul decretă sec :
— Să-ncerce cu băi de Borsec,
Iar altul, cu o voce netă,
— Să meargă mult pe bicicletă !
Dar primul nu se dă bătut,
Reia ce-a spus la început :



— Tovarășe, ia ce-ți spun eu !
Am martor pe cumnatul meu,
Care s-a făcut iute bine,
Luînd zilnic șase aspirine.
Nimic altceva n-a făcut
Și astăzi e ca nou-născut.
Cel suferind, la acest sfat,
Se arătă interesat.
Dar, ca și cînd n-ar avea treabă,
Apare altul și-l întreabă,
Netam-nesam, ostentativ,
Cum stă cu tubul digestiv ?
— După simptome, s-ar părea,
Doar o gastrită c-aș avea,
Dar așa cum evoluează,
În nici un fel nu mă jenează —
Îi explică cel iscodit.
— Asta dă însă de gîndit —
Îl aviză-ncruntat ușor,
Ultimul interlocutor —
Și-i cazul, cred, să fiți atent
Cu aspirina-n tratament,
Căci s-ar putea, în loc de jenă,
Să vă provoace o melenă
Sau chiar un ulcer la stomac,
Care vă pot veni de hac.
Așa stînd lucrurile, spun
Să nu luați orice sfat ca bun.
— Pe dumneata cin-te-a-ntrebat ? —
Sări, ca ars, omul vizat —
— Eu — zise cel apostrofat —
Dacă în vorbă m-am băgat,
O imprudență vreau să-mpiedic,
pentru că-ntîmplător... sînt medic.

ION VULPESCU



SUFERINȚELE POSTOPERATORII ÎN AFECȚIUNILE BILIARE

DR. **ELEONORA FLORIAN**
CENTRUL DE GASTROENTEROLOGIE,
SPITALUL CLINIC „FUNDENI"

Afecțiunile veziculei biliare și ale căilor biliare extrahepatice (canalul hepatic și canalul coledoc) sînt destul de frecvent întîlnite în practica medicală. Unele dintre acestea beneficiază de tratament medical, dar sînt situații cînd este necesară rezolvarea lor pe cale chirurgicală.

În general, se operează litiaza veziculei biliare și modificările morfologice ale acesteia, care o fac nefuncțională.

În mod normal, vezicula biliară are rolul de a acumula bila, care este secretată permanent, și de a o evacua în timpul prînzurilor alimentare. Or, datorită unor afecțiuni inflamatorii cronice, deseori asociate unor modificări anatomice (malformații, depuneri de colesterol pe pereții veziculei, așa-numita colesterolază etc.), dar și în litiază (formarea de calculi intraveziculari), această funcție de mic „rezervor" este compromisă, în scurgerea bilei nemaiintervenind vezicula biliară. În aceste situații, colecistectomia (îndepărtarea chirurgicală a veziculei biliare) rezolvă suferința. În general, acuzele după operație sînt de mică importanță. În scurt timp arborele biliar își adaptează funcția și astfel digestia este asigurată în condiții bune.

Atunci cînd vezicula biliară nu este „exclusă" din circuitul de eliminare a bilei, chiar dacă bolnavul acuză dureri și tulburări dispeptice (grețuri, balonări etc.), operația nu trebuie grăbită. Dealtfel, experiența ne-a arătat că, atunci cînd bolnavii nu mai au răbdarea necesară să urmeze un tratament medical de durată, solicită operația, care, de cele mai multe ori, este urmată de o suferință cu caracter mai sever decît aceea manifestată înainte de operație. Dar aceste tulburări postoperatorii pot să apară după o perioadă de cîteva luni fără nici o acuză sau pot continua neîntrerupt.

Simptome ca : durere în hipocondrul drept, balonări după prînzurile alimentare, grețuri, mai rar vărsături, scaune diareice sau, dimpotrivă, constipație, cefalee, amețeli, lipsa poftei de mîncare etc. sînt asemănătoare celor existente înainte de operație.

Adesea după intervenție se poate forma o periviscerită subhepatică (aderențe), care se manifestă prin dureri de mică intensitate, cu caracter aproape permanent și care devin supărătoare, mai ales prin persistență. Ade-

rențele apar mai frecvent atunci cînd intervenția s-a făcut în condiții de urgență, litiaza veziculară fiind infectată sau însoțită de o inflamație cronică. Precizăm că periviscerita nu este o complicație gravă, și un tratament medical asociat cu fizioterapie locală ameliorează suferința.

Uneori, litiazele biliare cu evoluție lungă se pot asocia cu afectarea pancreasului, care, chiar după eliminarea chirurgicală a veziculei calculoase, poate evolua pe cont propriu. Bolnavii acuză dureri de intensitate variabilă în etajul abdominal superior, cu iradiere spre stînga, devenind mai intense după prînzurile cu alimente bogate în grăsimi. Aceste dureri se pot însoți și de scaune diareice.

Postoperator, la nivelul căilor biliare se mai pot instala și tulburări de tip funcțional. Acestea sînt date de spasme care pot să modifice scurgerea normală a bilei și să determine dureri, grețuri, balonări etc. Pentru suferința diskinetică, de felul celei descrise, se pare că sînt responsabili factori neurovegetativi și endocrini, care țin de o personalitate mai aparte a celor operați. Dar aceste suferințe sînt bine influențate de tratamentul medical antispastic și sedativ.

Tot postoperator, dar în cazuri mai rare, pot să apară dureri cu caracter colicativ, de intensitate foarte mare, însoțite de frisoane, febră, uneori vărsături și chiar icter. Aceste simptome sînt datorate de obicei unei litiaze restante sau recidivante, care necesită, pentru rezolvare, un consult medico-chirurgical. Rare sînt și cazurile în care, după operație, apar cicatrice retractile, nevroame, sau rămîne un bont cistic lung, situații ce necesită o eventuală reintervenție.

In general, se poate afirma că intervenția chirurgicală indicată pentru o afecțiune organică a veziculei biliare rezolvă suferința bolnavului, iar după operație, capacitatea de muncă a acestuia este integrală.

A doua grupă de boli care pot crea suferințe bolnavilor operați pentru o afecțiune biliară este reprezentată de boli ale organelor de vecinătate, cu răsunet funcțional la nivelul aparatului biliar. Printre acestea menționăm : hernia gastrică transhiatală, ulcerul gastric sau duodenal, diverticuloza duodenală etc.

Afecțiunile colonului pot, de asemenea, influența funcția biliară și nu rareori la femei chiar suferințele din sfera genitală. În aceste cazuri, cauza reală a suferinței existente înaintea operației nu a constituit-o afecțiunea biliară, fiind astfel ușor de înțeles de ce intervenția chirurgicală nu a rezolvat-o.

Deoarece afecțiunile veziculei și căilor biliare se pot asocia cu suferințe postoperatorii, se recomandă bolnavilor, alături de un regim alimentar, și tratament medicamentos și o cură balneară, în vederea ameliorării suferințelor și pentru crearea unui confort fizic și psihic.

Cărți de vizită

Dr. Tia Petculescu-Mihai

(5, 9 ; 6)

Dr. Emil Nicolae Țic-Gogu

(5, 9 ; 6)

Aflați prin anagramare specialitățile și localitățile în care profesează fiecare din cei doi doctori de mai sus.

PĂTRAT

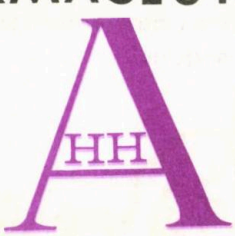
1	2	3	4	5
2				
3				
4				
5				

ORIZONTAL ȘI VERTICAL : *1)* Leziuni ale dinților. *2)* Gustul chininei (fem.). *3)* Care prezintă o leziune. *4)* A se inflama. *5)* Cameră de culcare (reg.).

EPIDEMICĂ

(MONOVERB : 7—10)

FARMACEUTICĂ



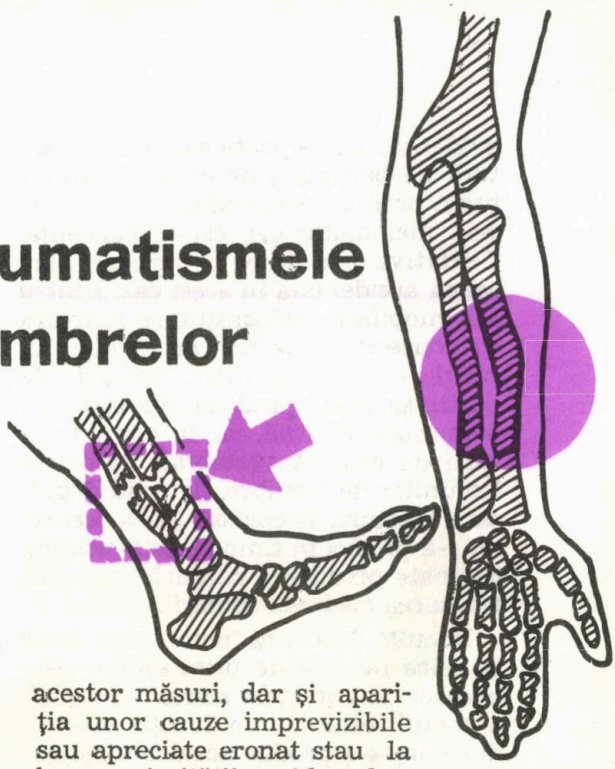
(MONOVERB : 4—8)

PRESCRIPȚIE MEDICALĂ

(MONOVERB : 3—9)

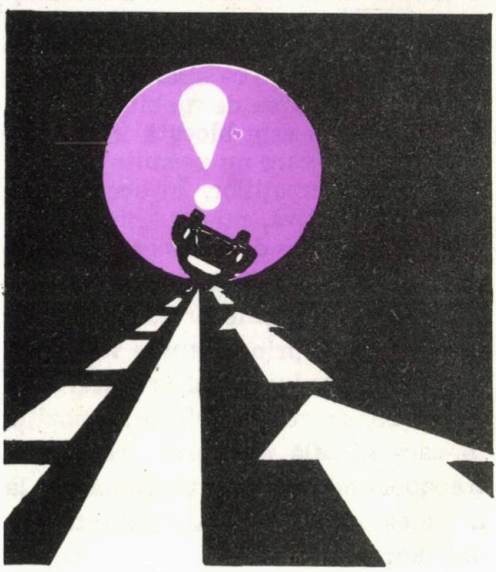
ADAM STOICA

PRIMUL AJUTOR în traumatismele membrelor



„Experienţa zilnică a permis să se constate că, de multe ori, soarta unui accidentat depinde, în mare măsură, de cunoştinţele de prim ajutor pe care le posedă persoana sau persoanele aflate în apropiere".

Se poate afirma că nu există domeniu de activitate în care accidentele producătoare de traumatisme ale membrelor să fie excluse. Procesul de producţie, circulaţia rutieră, sportul sau turismul, activitatea casnică sînt cel mai frecvent implicate în acest tip de accidente, motivîndu-se astfel multitudinea de măsuri menite să le prevină. Legislaţia privind protecţia muncii, aceea a securităţii circulaţiei rutiere, precum şi normele de desfăşurare a activităţii sportive şi de turism, prevăd măsuri complexe ce urmăresc diminuarea cauzelor favorizante ale accidentelor. Nerespectarea acestor măsuri, dar şi apariţia unor cauze imprevizibile sau apreciate eronat stau la baza majorităţii accidentelor.



Avînd în vedere poziţia, forma, dar şi scopul pentru care au fost create, este uşor să ne explicăm cît de mult sînt expuse membrele la tot felul de accidente. Dar din totalul urgenţelor traumatice, practica ne-a demonstrat că leziunile membrelor inferioare întrec cu mult pe cele ale membrelor superioare.

Indiferent însă de cauza care a produs accidentul, de locul producerii, de membrul sau membrele interesate, este necesar ca persoana care acordă primul ajutor să ţină seama de cîteva elemente fundamentale, a căror necunoaştere sau ignorare ar putea provoca mai mult rău decît bine. Buna intenţie nu scuză nepriceperea sau neatenţia, iar erorile sînt cu atît mai grave, cu cît este în joc viaţa sau sănătatea.

Încă de la început trebuie să avem în vedere ca primul ajutor să se adreseze leziunilor celor mai importante şi nu celor mai vizibile, neexistînd întotdeauna o concordanţă între acestea. Astfel, deformarea unui antrebraţ în timpul unui accident traduce o fractură la acest nivel, care este, desigur,

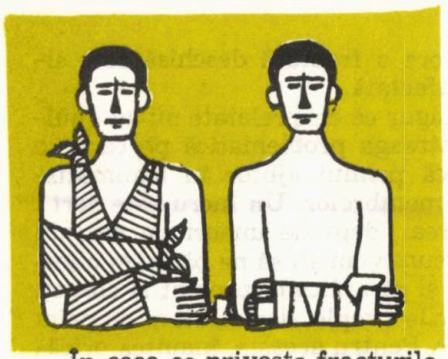
evidentă, dar ea poate masca și o fractură de bazin sau de coloană vertebrală produsă concomitent și care, de cele mai multe ori, este inaparentă. Tentativa de a ridica în picioare persoana accidentată în acest caz, pentru a-i imobiliza antebrațul, se soldează cu consecințe extrem de grave : în cazul coexistenței unei fracturi de bazin, se poate produce sau agrava o hemoragie internă, iar în cazul fracturii de coloană vertebrală asociată leziunilor de membre, datorită deplasării fracturii de coloană (dacă aceasta nu s-a produs în timpul accidentului), se poate produce o paralizie, prin interesarea măduvei spinării.

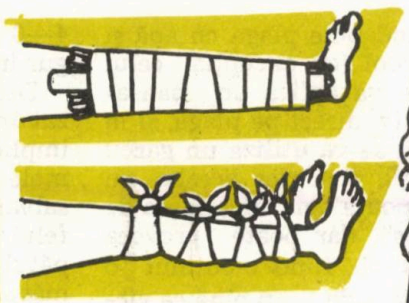
Rezultă de aici că înainte de a trece la orice măsură de prim ajutor, este necesar să apreciem starea victimei, aspectul leziunilor în funcție de modul cum s-a produs accidentul și răsunetul acestora asupra funcțiilor vitale : respiratorii, circulatorii și nervoase.

Odată această etapă depășită, se impune acordarea măsurilor de prim ajutor la locul accidentului, măsuri care variază în funcție de condițiile de producere a acestuia și de starea victimei. Astfel, în accidentele grave, măsurile aplicate au drept scop resuscitarea funcțiilor vitale (respiratorii și circulatorii). Acest lucru se realizează atît la locul de producere a accidentului, după degajarea victimei, aceasta aflîndu-se în poziția culcat pe spate, cu capul, trunchiul și membrele inferioare așezate pe același ax, cît și pe timpul transportului, pînă la cea mai apropiată unitate de asistență medicală calificată, pentru a evita posibilitatea unei recidive a sincopei cardiorespiratorii. În aceste cazuri, leziunile traumatice ale membrelor trec pe un plan secundar. Singurele măsuri care se iau privesc oprirea hemoragiilor prin pansamente compresive (cînd sînt leziuni deschise ale membrelor) chiar pe locul sîngerării, după ce s-a îndepărtat îmbrăcămintea la acest nivel, precum și imobilizarea provizorie și cît mai rapidă a leziunii traumatice a membrului interesat. Membrul superior se va imobiliza cu cotul în unghi drept, cu brațul lipit de torace și cu antebrațul și mîna pe abdomen, iar membrul inferior, pe axul corpului, fixîndu-se eventual de celălalt membru inferior. La fixarea membrelor vor fi utilizate obiecte de îmbrăcăminte (curele, cordoane, fulare, fîșii din cămăși) sau fești din trusele de prim ajutor, în cazul accidentelor de muncă, sport etc. Dar urgența de a rezolva leziunile cu răsunet asupra funcțiilor vitale nu ne îngăduie să practicăm o axare cît mai bună a leziunilor traumatice ale membrelor și deci o imobilizare provizorie cît mai fermă dacă nu avem mijloacele necesare în imediata apropiere de locul accidentului.

În lipsa altor fracturi asociate sau a lezării funcțiilor vitale, se va acorda toată atenția măsurilor de prim ajutor privind membrele. Astfel, se va aprecia dacă leziunea interesează segmente osoase, ca în cazul dezaxărilor, pozițiilor vicioase sau al imposibilității de a transmite mișcările imprimate unei extremități de segment osos la cealaltă extremitate a aceluiași segment. De asemenea, se va aprecia dacă leziunea interesează o articulație, în care caz fie că apar dureri violente la încercarea de mobilizare a sa, fie că aceasta este blocată într-o poziție vicioasă care nu permite mișcări, ca în cazul luxațiilor. În această din urmă alternativă, nu este bine să încercăm manevre de reducere, datorită riscului de a produce fracturi.

Deoarece luxațiile prezintă o mare gravitate, atît prin leziunile vasculare pe care le produc, cît și prin leziunile nervoase, se vor imobiliza în poziția în care se află membrul respectiv, transportînd de urgență bolnavul la unitatea sanitară de specialitate cea mai apropiată.





În ceea ce privește fracturile, se va proceda diferențiat, în funcție de sediul leziunii. În fracturile umărului și brațului, după o ușoară tracțiune în direcția axului membrului, acesta se va fixa de torace cu ajutorul curelei, cravatei, fularului sau cu o față de tifon. La bărbați, cînd leziunile se află la membrul superior drept, acesta se poate imobiliza introducîndu-se în spațiul dintre nasturii de la cămașă sau haină. Fracturile de antebraț se axează prin tracțiuni blînde tot pe axul membrului și se imobilizează, în absența atelelor, cu ajutorul unor bucăți de scîndură sau de metal, avînd grijă să le înfășurăm în prealabil cu materiale moi : pînză, stofă, lînă etc. De asemenea, vom folosi bucăți de carton îndoit sau crengi, dacă ne aflăm în drumeție. Fracturile oaselor mîinii se imobilizează folosind o bucată cilindrică de lemn, material plastic, țeavă, bineînțeles învelite cu vată, tifon sau alt material moale. Mîna accidentată este așezată, în poziția de prindere, pe sulul astfel obținut, înfășurînd întreaga mînă cu feși.

Prin complicațiile vasculare, urinare sau nervoase pe care le pot prezenta, fracturile bazinului constituie o mare urgență. Acesta este motivul pentru care, după degajarea de la locul accidentului, victima se transportă cît mai repede la unitatea spitalicească cea mai apropiată, pentru a se putea institui măsurile de scoatere din șoc, ce apare de regulă în aceste fracturi, și pentru a se interveni adecvat leziunii respective. Transportul se face în poziția culcat pe spate, eventual cu capul mai jos decît restul corpului.

Fracturile șoldului și ale coapsei se imobilizează după o ușoară tracțiune în lungul corpului, accidentatul fiind culcat pe spate, cu rotula și degetele piciorului privind în sus. Pentru imobilizare, se poate folosi celălalt membru inferior, schiuri sau bețe de schiuri, scînduri sau crăci lungi, bucăți de țeavă de lungime potrivită, înfășurate cu material moale (pînză, stofă etc.). Același mod de imobilizare se folosește și pentru fracturile genunchiului, gambei și ale gleznei, avînd grijă ca atela confecționată să depășească în sus jumătate din coapsă, iar în jos să depășească glezna, invers decît în fracturile șoldului și ale coapsei, unde atela trebuie să depășească în sus șoldul și în jos jumătatea superioară a gambei.

O deosebită importanță prezintă însă primul ajutor în fracturile deschise (atunci cînd tegumentele au fost distruse parțial sau total de agentul vulnerant sau de fragmentele osoase provenite din fractură). În primul rînd, se va face dezinfecția primară a plăgii, îndepărtîndu-se orice corp

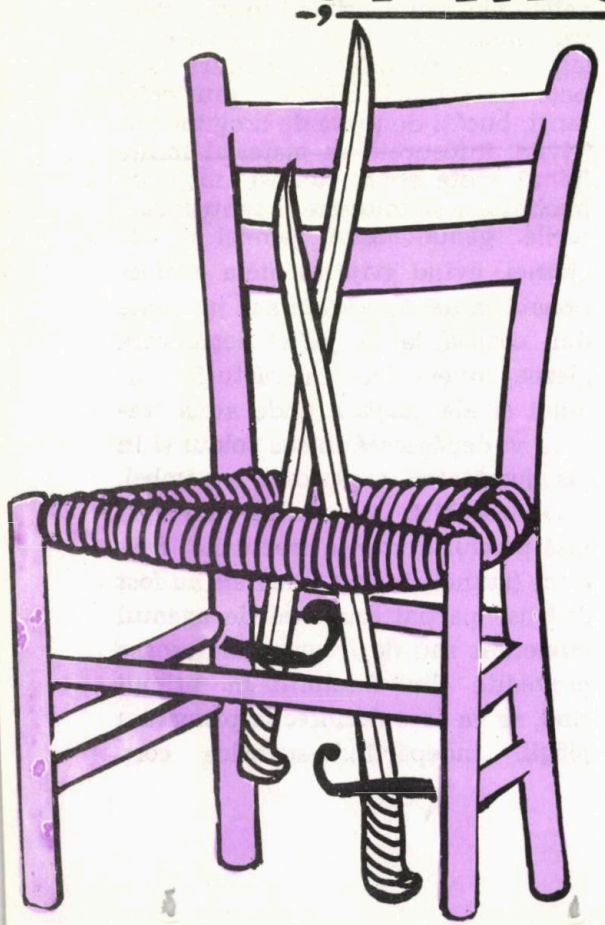
străin şi spălînd bine plaga cu apă şi săpun sau alcool (cu excepţia celui industrial). Se va aplica un pansament compresiv, direct pe plagă, şi în nici un caz nu se va utiliza un garou deasupra plăgii, deoarece acesta nu numai că nu poate opri sîngerarea de origine venoasă, dar poate provoca leziuni mai grave, fiind menţinut o durată prea mare de timp pînă ce victima va putea fi transportată la unitatea medicală competentă. Deoarece fracturile deschise prezintă un mare risc de infecţie, se impune transportarea de urgenţă la cea mai apropiată unitate medicală, ştiut fiind că după 4—6 ore o fractură deschisă este sigur infectată.

Desigur că cele relatate nu au epuizat întreaga problematică pe care o implică primul ajutor în traumatismele membrelor. Un lucru este cert : salvarea depinde uneori de noi, de felul cum vom şti să ne păstrăm cumpătul şi să aplicăm, prompt şi corect, măsurile simple, dar salutare de prim ajutor. Pentru aceasta, înaintea oricărei manevre, să judecăm bine, deoarece nimic nu scuză acţiuni cu consecinţe fatale, chiar dacă sînt făcute cu bună intenţie.

DR. **MIRCEA POPESCU**
MEDIC PRIMAR ORTOPED

HEMOROIZII ŞI RECTORAGIA

DR. **C. VĂIDEANU**
SPITALUL MILITAR CENTRAL



Hemoroizii, afecţiune frecvent întîlnită la adulţii de toate vîrstele şi de ambele sexe, reprezintă o boală benignă, perfect curabilă printr-un tratament corect aplicat, de cele mai multe ori conservator, şi numai în unele cazuri chirurgical. Şi dacă despre boala hemoroidală, în general, publicul este informat, ceea ce se cunoaşte mai puţin sînt implicaţiile asupra întregului organism ale acestei boli, precum şi caracterul simptomatic al anumitor forme de hemoroizi, aşa-numiţii „hemoroizi secundari". Ambele aspecte, asupra cărora dorim să insistăm, sînt legate de unul din simptomele cardinale ale bolii, şi anume rectoragia, adică scurgerea de sînge prin orificiul anal. Atragem atenţia asupra acestui simptom, deoarece el constituie adesea o cursă întinsă atît bolnavului, cît şi medicului, în aprecierea valorii sale semiologice.

Hemoroizii sînt dilataţii anormale ale venelor superficiale din peretele segmentului terminal al tubului digestiv, denumit canal anal, prin care rectul comunică cu exteriorul. Datorită stazei sanguine şi dilataţiei venelor din submucoasă, se produc modificări trofice şi inflamatorii ale mucoasei, şi aşa supusă unei permanente contaminări microbiene, spe-

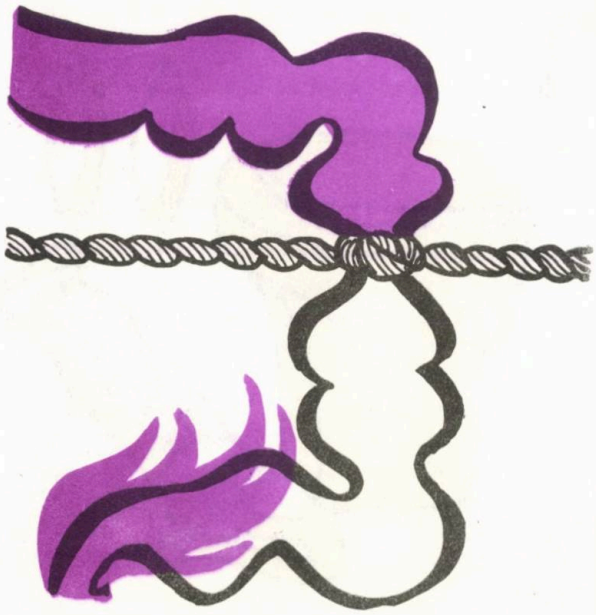
cifice regiunii respective. Se creează astfel, într-un anumit stadiu de evoluție a bolii, condiții favorabile producerii efracției sau ulcerațiilor mucoasei și ale peretelui venos, bolnavul constatînd prezența sîngelui în scaun odată cu defecația. Acest episod are loc de obicei după o perioadă mai îndelungată de constipație, cînd este necesar un efort mai mare la defecație, la început fiind vorba doar de cîteva picături de sînge roșu care precedă sau apar după eliminarea bolului fecal.

Mai tîrziu, și în special dacă nu s-a întreprins nici o măsură de ordin terapeutic, pierderile de sînge devin mai abundente, repetîndu-se tot mai frecvent, concomitent cu creșterea în volum a dilatațiilor hemoroidale și cu accentuarea celorlalte simptome : jenă dureroasă, prurit anal supărător cu iritația tegumentelor din jur, arsură, tenesme (contracție pulsatilă dureroasă), senzație de corp străin, prin prolabarea în afara orificiului anal a maselor hemoroidale. Și astfel, cu ocazia fiecărui scaun, se ajunge la rectoragii, cu repercusiuni severe asupra stării generale. Deși volumul acestor hemoragii este mic sau moderat (nedepășind cîteva zeci de mililitri de sînge odată), repetarea lor zilnică duce, în cele din urmă, la instalarea unei anemii secundare grave, cu scăderea cantității de hemoglobină sanguină și a proteinelor serice.

În formele de anemii posthemoroidale neglijate, procentul de hemoglobină în sîngele periferic poate să scadă la jumătate sau chiar mai mult, impunînd, alături de alte tratamente antianemice, efectuarea de urgență a transfuziilor de sînge, în vederea reechilibrării gravelor tulburări metabolice tisulare și, în primul rînd, a celor respiratorii.

Tabloul clinic al acestor bolnavi este dominat de paloare accentuată, cu astenie fizică și psihică, la care se adaugă slăbirea organismului, cu topirea maselor musculare și cu un facies de mare suferind, simulînd o boală gravă, consumptivă, de tipul cancerului în stadii avansate.

Pentru medici, acești bolnavi ridică probleme dificile de diagnostic, necesitînd explorări complexe și costisitoare, pentru a putea depista adevărata cauză declanșatoare și pentru a exclude prezența unei afecțiuni maligne. În realitate, adesea este vorba doar de niște banali hemoroizi voluminoși, sîngerînzi, pentru care un bolnav neglijent, terorizat de o pudoare rău înțeleasă sau de o



teamă nejustificată față de intervenția chirurgicală, nu a consultat niciodată medicul.

Dar pierderile de sînge prin orificiul anal nu sînt specifice numai bolii hemoroidale, după cum hemoroizii înșiși pot fi, la rîndul lor, doar un simplu simptom al altor afecțiuni care determină stază și dilatații ale plexurilor venoase hemoroidale ca, de exemplu, hipertensiunea portală din cirozele hepatice, insuficiența cardiacă etc. De asemenea, sarcina sau tumorile voluminoase dezvoltate în bazin, cum sînt : fibromul uterin, chistul de ovar, unele tumori prostatice etc. pot produce compresiuni pe marile vene din bazin sau chiar pe vena cavă inferioară, ducînd astfel la apariția hemoroizilor. Scurgeri mici de sînge, însoțite de dureri în timpul defecației, se mai observă și în cazul fisurilor anale, care apar după scaune tari la persoanele cu constipație cronică.

Rectoragia poate fi însă și expresia unor boli ale colonului, în general, sau ale rectului (porțiunea sa terminală), în special. Rectocolita hemoragică, diverticuloza colică și, mai ales, tumorile benigne și maligne colice sau rectale sînt principalele afecțiuni care se însoțesc de pierderi de sînge anale și care, prin severitatea leziunilor și a prognosticului, impun un diagnostic cît mai precoce. De aceea, ori de cîte ori apare și, mai ales, se repetă, rectoragia trebuie să constituie un semn de alarmă pentru bolnav, obligîndu-l să se prezinte de urgență la medic.

Este util să se știe că, în timp ce în hemoragiile hemoroidale sîngele precedă și rămîne la suprafața bolului fecal, pe care uneori îl învelește, în rectoragiile prin leziuni

rectale sau colice, sîngele este amestecat cu fecale, scaunele conțin mucozități, secreții purulente, gelatinoase ; adesea ele sînt moi, fals diareice, numeroase, bolnavul prezentînd senzația imperioasă de scaun și eliminînd numai sînge și mucozități.

Bolnavii cu rectoragii trebuie să știe că nu orice tumoare rectală care sîngerează este cancer ; polipii rectali sau rectocolici sînt tumori benigne care adesea sîngerează și numai simpla lor extirpare chirurgicală sau electrocoagulare endoscopică duce la vindecare deplină. Riscul de degenerare malignă a acestor polipi este atît de mare încît simpla lor constatare, în absența oricărei simptomatologii, impune extirparea obligatorie.

Pe de altă parte, orice rectoragie persistentă, care survine la un adult ce a depășit vîrsta de 40 de ani, mai ales dacă îmbracă caracterele care o diferențiază de sîngerarea hemoroidală, trebuie să evoce atît medicului, cît și bolnavului, posibilitatea dezvoltării unui cancer rectal. De aceea, pentru a exclude această posibilitate, sînt necesare explorări clinice amănunțite, între care tactul rectal, examenul radiologic și cel endoscopic (recto- sau coloscopia) sînt obligatorii. Frecvent, hemoroizii coexistă cu tumoarea rectală, constituind pentru specialist un semn revelator al acesteia.

Nu rareori se întîlnesc situații în care bolnavi cu cancere rectale se internează tardiv, după ce multă vreme au recurs la diferite tratamente simptomatice pentru hemoroizi. Din anchetele efectuate rezultă că principalele cauze ale întîrzierii diagnosticului le constituie atît prezentarea tardivă la medic, datorită ignorării caracterului simptomatic al multor forme de hemoroizi, cît și multiplele cauze care pot produce o rectoragie.

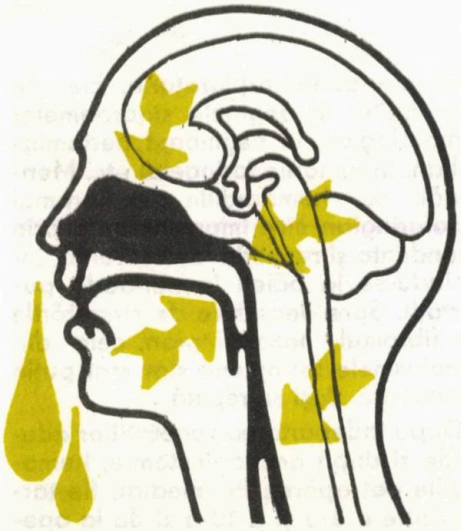
Din păcate, se întîlnesc și cazuri cînd, în urma unui examen de specialitate efectuat în grabă și incomplet, rectoragia este interpretată greșit, prescriindu-se bolnavului un tratament de rutină pe timp îndelungat, ceea ce îl privează de o intervenție terapeutică promptă și radicală, cu cele mai mari șanse de vindecare.

Așadar, subliniem că orice pierdere de sînge prin orificiul anal, care apare la un vechi purtător de hemoroizi și mai ales dacă acesta nu prezintă nici un alt semn de suferință anorectală, necesită, de urgență, un examen medical, local și general. Dacă în urma unui tratament corect, de scurtă durată, hemoragiile se repetă, devine obligatorie adîncirea investigațiilor, în vederea precizării cît mai precoce a diagnosticului. Aceasta este conduita corectă care, datorită posibilităților moderne de explorare de care dispunem în prezent, pune bolnavul la adăpost de complicații grave, conferind, în același timp, siguranța unui tratament cauzal eficient.

HEMORAGIILE CĂILOR AERO-DIGESTIVE SUPERIOARE

DR. **P. MILOȘESCU**
SPITALUL CLINIC „DR. I. CANTACUZINO"
BUCUREȘTI

Cunoscute sub numele de hemoragiile care „sperie", ele au aproape totdeauna un aspect dramatic, fiind exagerate uneori și de către bolnav. Dacă ne referim numai la răspîntia aero-digestivă, aceasta îl face pe bolnav să scuipe sînge, să-l înghită și apoi să-l vomite, iar alteori să se asfixieze cu propriul său sînge.



Uneori, aceste hemoragii pot fi provocate de un traumatism sau act chirurgical, alteori însă pot fi spontane, avînd o cauză locală sau generală. În ceea ce privește gravitatea lor, aceasta trebuie apreciată în funcție de data începerii sîngerării, de ritmul acesteia, de cantitatea sîngelui pierdut, precum și de faptul dacă acesta a fost înghițit, vomitat sau eliminat sub formă de melenă. De asemenea, mai trebuie ținut seama de : aspectul bolnavului, culoarea tegumentelor și a mucoaselor, răcirea extremităților, transpirațiile reci, frecvența pulsului, stările lipotimice, precum și de analizele de laborator (numărul de hematii, raportul dintre masa globulară și plasmă). Referitor la analizele de laborator, menționăm că, în primele 6 ore, numărul hematiilor și cantitatea de hemoglobină pot fi normale sau crescute, datorită mecanismelor de compensare. Atunci cînd pierderea de sînge este rapidă și masivă, depășind 10–15% din volumul sanguin total, vasoconstricția și splenocontracția nu mai redresează tensiunea arterială, lichidele nu mai trec din țesuturi spre vase, din cauza reducerii nivelului oxigenului sub limitele normale din peretele vascular. Ca urmare, apare anoxia celulară, prin prăbușirea tensiunii arteriale și colapsul circulator.

Hemoragiile căilor aero-digestive pot avea loc mai frecvent la nivelul foselor nazale. Rar, localizarea lor poate fi și faringiană, laringo-traheo-bronșică și esofagiană.

Cunoscute sub numele de epistaxis, *hemoragiile nazale* sînt produse de cauze locale sau generale. Între cauzele locale amintim : leziunile produse în urma scărpinatului, traumatismele accidentale (lovituri, căderea pe nas) sau chirurgicale (polipectomii, operații pentru deviații de sept etc.), rinitele acute și cronice, tumorile benigne sau maligne nazosinuzale (fibromul nazofaringian, polipul sîngerînd al septului nazal, sarcoamele) și corpii străini. Mai greu de stabilit uneori sînt cauzele generale, între care menționăm : hipertensiunea arterială, arterioscleroza, fragilitatea vasculară deosebită din bolile de sînge, unele cardiopatii (stenoza mitrală), unele boli infecțioase acute (gripa, scarlatina, febra tifoidă, meningita, pneumopatiile), insuficiența hepatică, afecțiuni ale splinei, insuficiența renală, unele avitaminoze.

Simptomul principal al epistaxisului este sîngerarea nazală, care poate fi uneori abundentă și de lungă durată, ducînd la anemierea întregului organism, manifestată prin : dureri de cap, amețeli, senzație de obseală, diminuarea forței de muncă.

Sediul hemoragiilor nazale este, de cele mai multe ori, pata vasculară Valsalva-Kisselbach, situată pe septul nazal.

În unele cazuri, sîngele, în loc să se scurgă în afară prin narine, trece în faringe, prin orificiile posterioare ale foselor nazale. În această situație sîngele este înghițit, bolnavul neputînd sesiza că este vorba de o hemoragie nazală decît mult mai tîrziu, cînd starea lui generală se agravează. De aceea, se impune prezentarea de urgență la medicul otorinolaringolog ori de cîte ori ne aflăm în fața unei hemoragii nazale. Pînă atunci însă, atitudinea pe care trebuie să o adoptăm totdeauna în prezența unui epistaxis constă în așezarea bolnavului pe un scaun, cu capul ușor aplecat înainte, deasupra unui vas. Este total contraindicată poziția cu capul pe spate, așa cum se obișnuiește adesea de cei necunoscători. Camera bolnavului va fi bine aerisită și nu prea încălzită. Dacă sîngerarea este redusă, se va proceda la presiunea digitală pe aripa nazală de partea hemoragiei.

În cazurile grave și după acordarea primului ajutor, bolnavul trebuie îndrumat către servicii de specialitate. Extrem de rar poate fi necesară ligatura arterei carotide externe, uni- sau bilateral, alteori a carotidei primitive sau a arterei maxilare interne.

Hemoragiile faringiene apar de obicei după intervențiile chirurgicale pentru amigdalita cronică și vegetațiile adenoide, cele spontane fiind mult mai rare. Pe cînd primele constituie o urgență de tratament, cele spontane implică o urgență exploratorie. Ele se pot întîlni în anginele sindroamelor hematologice, în flegmonul periamigdalian, în tumorile faringelui etc. Menționăm că hemoragiile din fibromul nazofaringian sînt impresionante prin abundența și repetiția lor frecventă, întîlnindu-se la băieți în perioada pubertății. Spre deosebire de sîngerările din fibromul nazofaringian, cele din neoplasmele faringiene sînt mai puțin abundente, deși se repetă.

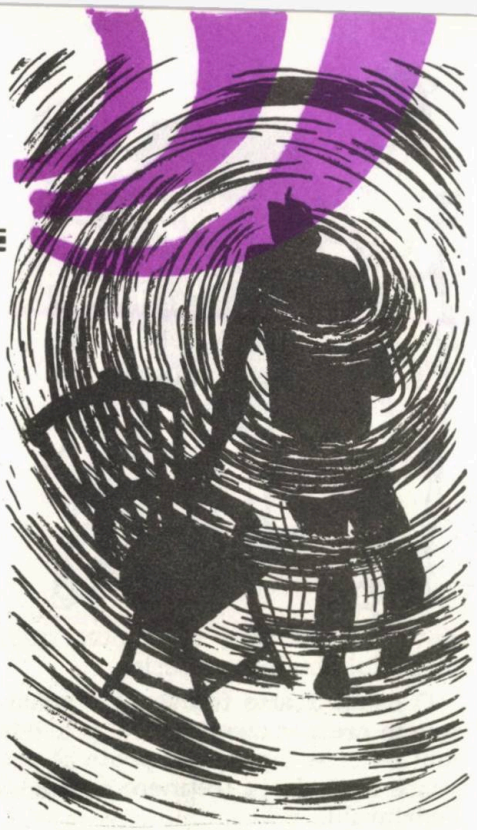
După îndepărtarea vegetațiilor adenoide și după amigdalectomie, hemoragiile pot apărea fie imediat, fie tardiv (între a 3-a și a 10-a zi de la operație). În astfel de cazuri, ca și în hemoragiile faringiene, bolnavul trebuie îndrumat de urgență spre un serviciu de specialitate.

În cazul hemoragiilor laringo-traheo-bronșice și esofagiene, pentru a preciza sediul acestora se apelează la anamneză, laringoscopie indirectă, bronhoscopie și esofagoscopie. Astfel, anamneza decelează antecedentele bolnavului și diferențiază hemoptizia de hematemeză, laringoscopia indirectă exclude sediul laringian al hemoptiziei, iar bronhoscopia și esofagoscopia precizează sediul bronșic sau esofagian al acestora. Pentru această precizare este necesară colaborarea dintre serviciile de otorinolaringologie, ftiziologie, pneumologie, boli interne și chiar chirurgie toracică.

Datorită tabloului clinic care impresionează nu numai pe bolnav și anturajul acestuia, dar uneori pe medicul mai puțin familiarizat cu astfel de cazuri, precum și datorită frecvenței crescute a hemoragiilor căilor aerodigestive superioare, considerăm utilă cunoașterea acestor probleme de publicul larg. Deoarece aceste hemoragii sînt capabile să pună în pericol uneori chiar viața bolnavului, se impune să nu temporizăm prezentarea la medicul specialist, care, aplicînd cele mai adecvate procedee de hemostază, va scoate bolnavul din starea de șoc.

VERTIJUL

PROF. DR. DĂNILĂ CINCA
CLINICA O.R.L., SPITALUL „COLȚEA"



Vertijul sau ameţeala se caracterizează printr-o senzaţie de deplasare iluzorie a obiectelor în raport cu corpul sau, mai rar, a corpului în raport cu obiectele din jur. Adesea bolnavul declară că această deplasare, cel mai frecvent rotatorie, are loc fie în sens orizontal, fie vertical, la care se asociază o senzaţie de instabilitate, de neliniște, de spaimă, uneori cu pierderea echilibrului.

Vertijul apare de obicei în procese patologice care interesează labirintul, ramura vestibulară a perechii a VIII-a de nervi cranieni şi conexiunile sale. Dintre cauze putem cita : sindromul Ménière, labirintita acută, leziunile organice cerebrale care interesează nervul vestibular, conexiunile lui sau cerebelul. De asemenea, pot fi incriminate intoxicaţiile medicamentoase şi chimice, alergia, parazitozele intestinale.

Se disting două forme de vertij : *periferic* şi *central*. Cel periferic este întotdeauna un vertij de tip rotator, adică bolnavul are senzaţia eronată că se mişcă în jurul obiectelor sau invers. Acest vertij determină pe bolnav să-şi întrerupă activitatea, să se aşeze sau să se culce, provocîndu-i un dezechilibru accentuat şi o stare de disconfort.

În practica curentă sîntem tot mai mult confruntaţi cu bolnavi care acuză această senzaţie de ameţeală, însoţită şi de alte tulburări neurovegetative ca : greaţă, vărsături, paloare, tahicardie.

Vertijul periferic survine în crize accentuate, durează 1—2 ore, uneori se repetă cîteva zile, scade din intensitate pentru ca apoi să revină, în mod ciclic. Fiecare criză de vertij „muşcă" din labirint, determinînd o surditate de percepţie, în cazul cînd are drept cauză *sindromul Ménière*. Vertijul provocat de boala Ménière este brutal, surprinzînd bolnavul în plină sănătate. Simptomele care îl însoţesc determină pe cel în cauză să se aşeze în poziţie orizontală, poziţie care atenuează mult vertijul, dar el este agravat de simpla mişcare a capului.

Unele vertije sînt asociate *aterosclerozei*. Ele sînt, în general, de scurtă durată şi adesea sînt provocate de schimbarea poziţiei, seara la culcare sau dimineaţa la sculare din pat. Fiind vorba de vîrstnici, în majoritate ameţelile sînt determinate de tulburări circulatorii cohleo-vestibulare, ca urmare a spasmului muşchilor netezi. Pentru amendarea acestor simptome sînt utilizate cu succes vasodilatatoarele.

O afecţiune la care se întîlneşte frecvent vertijul este *hipertensiunea arterială ;* bolnavii, fiind familiarizaţi cu această manifestare determinată de modificări ale funcţiei labi-

rintului vestibular, se supun tratamentului dinainte prescris.

O cauză foarte frecventă o constituie în prezent *alergia*, care, prin edemul pe care îl produce, poate să provoace un hidrops (reținere de apă) al labirintului.

În ceea ce privește vertijul de origine toxică, trebuie spus că acesta se datorește administrării unor medicamente și, în special, a streptomicinei, care poate provoca leziuni labirintice, ajungîndu-se uneori pînă la afectarea auzului.

Referindu-ne la vertijul central, menționăm că acesta nu se instalează sub formă de crize, ci provoacă accese pe un fond cronic de dezechilibru, de senzații de cădere în gol. Bolnavii prezintă incertitudine la mers și mărturisesc că simt cum se deplasează în sens orizontal sau vertical, obiectele mișcîndu-se și ele în același sens. Acest tip de vertij este sau nu însoțit de tulburări de auz și se întîlnește în afecțiuni neurologice, uneori destul de grave, sau în urma traumatismelor craniene. Din acest motiv, bolnavii se vor adresa totdeauna neurologului sau otorinolaringologului pentru a preciza cauza, în vederea instituirii unui tratament corespunzător.

Dealtfel, trebuie spus că și alimentația are un rol deosebit în agravarea sau amendarea stărilor de ameteală. Bolnavii vor evita grăsimile și condimentele și vor căuta să-și regleze pe cît posibil metabolismul apei. Pentru aceasta sînt recomandate regimuri hiposodate sau se va înlocui sarea de bucătărie cu cea farmaceutică.

Criza acută de vertij constituie o urgență medicală în care tratamentul aplicat va urmări nu numai atenuarea simptomelor supărătoare, dar și asigurarea unui climat de liniște și încredere în sine, de care bolnavul are acum multă nevoie.

OCHIUL ȘI BOALA ENDOCRINĂ

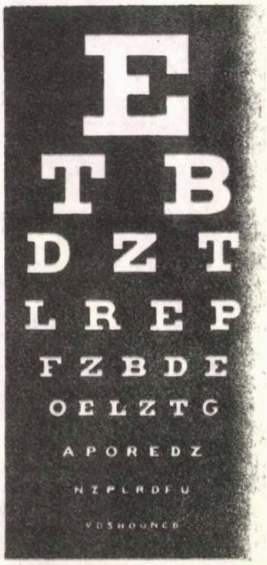
Glandele cu secreție internă ocupă un loc important în determinarea anumitor modificări funcționale sau organice ale aparatului vizual.

Perfecționarea metodelor de investigație neurohormonale și oftalmologice din ultimele decenii a dus la aprofundarea cunoștințelor privind mecanismele de producere, evoluția și tratamentul bolilor oculare de origine endocrină.

În multe institute de cercetări de prestigiu din lume, printre care se numără și Institutul de endocrinologie „C.I. Parhon" din București, există o permanentă preocupare pentru studierea cauzelor și metodelor de profilaxie și

tratament ale acestei patologii endocrino-oftalmologice.

Dacă ar fi să amintim numai cîteva boli oculare de origine endocrină, cum ar fi : cataracta endocrină, datorită perturbării metabolismului calciului din bolile paratiroidelor, cataracta cortizonică, apărută în urma administrării prelungite de cortizon, glaucomul endocrin, patologia vasculară oculară endocrino-dependentă din boala Cushing, din feocromocitom, diabetul zaharat sau diabetul steroid, patologia oculară din bolile tiroidei sau ale hipofizei şi, în sfîrşit, modificările oculare produse de hormoni asupra embrionului uman în primele săptămîni de sarcină, constatăm că nu există aproape nici o boală endocrină care să nu producă sau să nu favorizeze apariţia unor boli oculare. Chiar şi anumite perioade fiziologice, cum ar fi pubertatea şi în special menopauza la femeie şi andropauza la bărbaţi, constituie factori favorizanţi în apariţia sau în agravarea unor maladii oculare preexistente.



Ne vom ocupa, în special, de patologia oculară endocrină, pentru a determina pe bolnav să consulte specialistul încă de la primele semne de boală, cînd vindecarea completă şi rapidă este posibilă.

Cea mai răspîndită boală oculară endocrino-dependentă este, fără îndoială, *exoftalmia endocrină*, boală strîns legată, cel puţin în prima fază, de patologia glandei tiroide. Dar care sînt semnele după care recunoaştem o exoftalmie ? Unul sau ambii ochi sînt măriţi, pleoapele sînt mult deschise, retractate, descoperind sclerotica. Bolnavii acuză senzaţie de corp străin în ochi şi hiperlăcrimare.

Dacă aceste simptome se însoţesc de nervozitate, puls foarte rapid, scădere importantă în greutate, tremurături şi guşă, vom recunoaşte tabloul complet al bolii Basedow. Uneori însă, exoftalmia apare fără simptomele amintite, evoluînd autonom, dar cu o alură mult mai gravă : ochii sînt mult mai proeminenţi, pleoapele edematiate (umflate), mişcarea ochilor este parţial sau total blocată, apare diplopia (vederea dublă), pleoapele nu mai acoperă globul ocular în timpul somnului, favorizînd apariţia complicaţiilor de tipul ulcerelor corneene trofice. Adesea se poate ajunge pînă la perforarea globului ocular cu pierderea vederii. Această formă de exoftalmie se numeşte *exoftalmie edematoasă progresivă* sau, după denumirea internaţională, exoftalmie malignă, malignitatea în acest caz fiind conferită de evoluţia rapidă şi, mai ales, de gravitatea deosebită a complicaţiilor, care, dacă nu sînt tratate la timp şi adecvat, duc, prin diverse mecanisme, la pierderea definitivă a vederii.

Deşi boala este uşor de recunoscut, în foarte multe cazuri bolnavii ajung la specialist numai după apariţia complicaţiilor, situaţie în care tratamentul este mult mai dificil, iar sechelele exoftalmiei sînt destul de invalidante.

La baza acestei boli stau cauze multiple, legate de disfuncţia tiroidei, de perturbarea mecanismelor de reglaj ai axei hipotalamus-hipofiză-tiroidă, însoţită de o reacţie imunitară individuală modificată, care întreţine boala. Mulţi autori trec exoftalmia endocrină în rîndul bolilor autoimune.

Tratamentul exoftalmiei endocrine, deşi a făcut în ultimul timp progrese remarcabile, este încă nesatisfăcător. Fiind un tratament complex, necesită colaborarea dintre endocrinolog, oftalmolog, radiolog şi, în cazurile deosebit de grave, neurochirurg. Rezultatele

terapeutice sînt nemijlocit legate atît de promptitudinea prezentării la medic, cît şi de aplicarea tratamentului adecvat. Boala apare în special la femei, iar perioadele de vîrstă cele mai afectate sînt între 35 şi 55 de ani, cu frecvenţă deosebită în perioada menopauzei.

Adenoamele sau *tumorile benigne hipofizare* se manifestă cu semne oculare caracteristice, care, alături de imaginea radiologică şi de semnele generale clinice legate de lipsa de secreţie sau de secreţia în exces a hormonilor hipofizari, reprezintă elemente capitale de diagnostic pozitiv. Simptomele oculare se datoresc compresiunii mecanice exercitate asupra chiasmei optice de către tumoarea hipofizară, ceea ce determină pierderea părţii laterale a cîmpului vizual. Aceasta este *hemianopsia bitemporală*, manifestată prin dificultate la citit, scăderea vederii la distanţă, iar în fazele mai avansate se ajunge chiar la pierderea vederii cu atrofie optică.

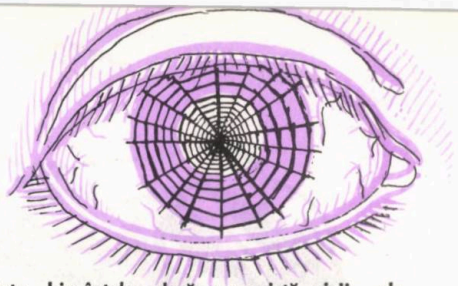
Semnele oculare se însoţesc de unele semne generale, cum ar fi : creşterea extremităţilor, ceea ce necesită schimbarea numărului la pantofi, îngroşarea degetelor la mîini, creşterea nasului şi a buzelor, dureri de cap, pierderea ciclului menstrual. Deşi aspectul este greu de confundat, acromegalia (creşterea extremităţilor) este deseori tratată ca un reumatism deformant, bolnavii ajungînd la specialist numai după scăderea marcată a acuităţii vizuale şi a cîmpului vizual, adesea ireversibile. Gravitatea simptomelor oculare este însă direct proporţională cu durata compresiunii exercitată de tumoarea hipofizară asupra chiasmei optice. În unele cazuri, reducerea cîmpului vizual se însoţeşte de dureri de cap, greţuri, oboseală şi de apariţia unei secreţii lactate în absenţa sarcinii sau a perioadei de alăptare. Aceste fenomene se datoresc adenoamelor secretante, denumite prolactinoame, care beneficiază astăzi de un tratament hormonal sau, după caz, neurochirurgical şi care, efectuat la timp, duce la recuperarea vederii.

În toate tipurile de adenoame hipofizare, semnele oculare descrise sînt precedate de mici semne premonitorii, cum ar fi pierderi pasagere de porţiuni de cîmp vizual, în special în sectorul lateral sau temporal, denumite scotoame, care determină pe bolnav să consulte specialistul în oftalmologie. Acesta, în urma unui examen al fundului de ochi, al cîmpului vizual şi al acuităţii vizuale, poate îndruma bolnavul spre serviciile de specialitate încă din fazele incipiente ale bolii.

Anumite perioade fiziologice însoţite de modificări ale funcţiilor hormonale, cum sînt pubertatea şi menopauza, influenţează unele boli oculare. Vicii de refracţie ca miopia pot înregistra o creştere a dioptriilor sau se poate constata chiar instalarea ei. De aceea, desprindem ca o concluzie practică controlul riguros al viciilor de refracţie în perioada pubertară. De asemenea, menopauza poate favoriza apariţia sau agravarea anumitor patologii vasculare şi degenerative ale fundului de ochi, ceea ce impune un control oftalmologic mai sistematic, constînd din măsurarea tensiunii intraoculare şi a fundului de ochi, control care pune deseori în evidenţă o patologie oculară ignorată de bolnavi, dar care descoperită la timp permite un tratament curativ eficace.

DR. **ELENA-MARIA VAIDA PĂUNESCU**
INSTITUTUL DE ENDOCRINOLOGIE
„C. I. PARHON"

cataracta



Văzul reprezintă unul din cele mai importante și poate cel mai important simț prin care sînt percepute imaginile lumii înconjurătoare. El ne procură datele cele mai bogate și reprezentările cele mai diferite și tot el ne influențează starea afectivă. De aceea, avînd în vedere importanța acestui organ în viața de relație, se poate afirma, fără putință de tăgadă, că nici o infirmitate nu este mai greu de suportat ca pierderea vederii. Orice diminuare a vederii ne alarmează și ne determină să consultăm cît mai urgent specialistul. Acest simț poate fi afectat atît de boli generale ca : hipertensiunea, arterioscleroza, maladii ale sîngelui, diabetul zaharat, ca urmare a unor complicații oculare de tipul hemoragiilor și degenerescenței, cît și de boli cu caracter strict local, cum ar fi suferințele corneei, ale corpului vitros și ale retinei. De asemenea, viciile de refracție, miopia, hipermetropia, astigmatismul, dacă nu sînt corectate, duc în final la scăderea vederii. Dar cele mai frecvente scăderi ale vederii sînt date de tulburări de transparență ale cristalinului, denumite cataracte.

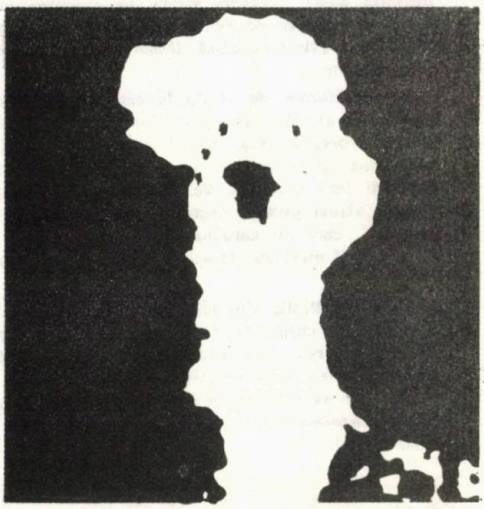
După cum se știe, cristalinul este o lentilă transparentă, dispusă înapoia irisului și menținută în poziția sa de un ligament format din fibre foarte fine — zonula Zinn — care se inseră în regiunea corpului ciliar. Datorită elasticității sale, cristalinul își poate modifica curbura, participînd la clarificarea imaginii pe retină ; este deci elementul esențial al acomodației. Începînd de la vîrsta de 10—20 de ani, puterea de acomodație scade, datorită unui proces de scleroză, prin care cristalinul își pierde treptat elasticitatea. Scăderea acomodației are ca rezultat apariția presbiției la vîrsta de 40—50 de ani, explicîndu-se astfel nevoia de a folosi ochelari pentru aproape. Dar scăderea acomodației nu afectează vederea la distanță, aceasta rămînînd bună toată viața, bineînțeles dacă nu există vicii de refracție.

Tulburările care privesc însă transparența cristalinului, caracterizîndu-se prin opacifierea acestuia, se datoresc cataractei, afecțiune întîlnită la toate vîrstele : încă de la naștere (cataractă congenitală) sau dobîndită în cursul vieții.

În cazul cataractei congenitale, copilul se naște cu cristalinul opacifiat complet sau parțial, vederea fiind foarte scăzută. Pentru a explica acest fenomen, au fost incriminați foarte mulți factori, dintre care menționăm : îmbolnăvirea mamei de rubeolă în primele 3 luni ale sarcinii, ceea ce duce, în 90% din cazuri, la anomalii congenitale, dintre care cataracta ocupă locul cel mai însemnat. De asemenea, putem adăuga : sifilisul, diferite viroze, parotidita epidemică (oreionul), carența vitaminei B și excesul de vitamina A, razele X, precum și lipsa calciului și a unor enzime (cataracta galactozemică congenitală).

În alte cazuri, cataracta congenitală se încadrează într-un sindrom malformativ ereditar, ca urmare a unor tulburări genetice ale părinților, fiind însoțită și de alte tulburări de dezvoltare ale organismului copilului. Demne de reținut sînt și cataractele congenitale cu evoluție mai lentă, care duc la slăbirea vederii în perioada pubertară, necesitînd intervenție operatorie.

Referindu-ne la cataracta dobîndită, precizăm că aceasta are la bază o multitudine de cauze, printre care, demne de relevat, sînt : traumatismele cu sau fără perforația globului ocular, plăgi, contuzii, corpi străini intraoculari. De asemenea, se mai pot include agenți fizici, cum ar fi căldura și radiațiile. În ceea ce privește cataracta provocată prin căldură, aceasta a devenit mai rară în prezent, datorită măsurilor de protecție aplicate în mediul în-



dustrial unde se lucrează la temperaturi înalte (sticlărie, turnătorie).

Dintre radiațiile care produc cataractă menționăm atît radiațiile electromagnetice și corpusculare, cît și radiațiile provocate de fisiunea nucleară. Dealtfel, pe lîngă celelalte dezastre, bombele atomice lansate la Hiroșima și Nagasachi au produs și foarte multe cataracte, cu atît mai frecvente cu cît persoanele au fost mai aproape de locul exploziei.

S-a constatat că și consumarea unor medicamente pentru slăbire, cum ar fi cele pe bază de dinitrofenol, a dus la apariția cataractei. Același lucru s-a observat și după consumul de făină de cereale impurificată cu secară cornută, datorită acțiunii toxice a acesteia față de cristalin.

Pe de altă parte, o serie de afecțiuni oculare se pot complica cu cataractă. Printre acestea se numără irita și iridociclita repetată, glaucomul, dezlipirea de retină. De asemenea, difteria, malaria, febra tifoidă, holera, boli care determină o slăbire generală a organismului, pot duce în final la așa-numita cataractă carențială. Dar locul cel mai important în determinarea acestei afecțiuni îl ocupă diabetul. Oricum însă, toate aceste cataracte sînt rare în raport cu celelalte cataracte ale adultului.

Astfel, putem vorbi de o cataractă presenilă, înaintea vîrstei de 65 de ani și de o cataractă senilă, întîlnită peste această vîrstă. În ambele cazuri, există un proces de senescență locală a cristalinului și deci extrafiziologică. Uneori este implicat factorul ereditar.

Dar indiferent de vîrsta la care apare, semnele care atrag atenția bolnavului sînt aceleași, și anume scăderea progresivă a vederii la distanță ; unii bolnavi constată cu surprindere și chiar cu bucurie că pot citi fără ochelari. De asemenea, ei percep în cîmpul vizual puncte negre, așa-zisele „muște zburătoare", care au caracter de fixitate și care sînt cu atît mai mari cu cît opacitățile sînt mai pronunțate.

Dacă opacitățile sînt situate central, vederea bolnavului este stînjenită de lumină, ceea ce-l face să prefere locurile mai întunecoase ; cînd opacitățile sînt periferice, jena vizuală se instalează mult mai tîrziu. Dar pe măsură ce cataracta evoluează, vederea se încețoșează, iar bolnavul nu mai vede nici chiar cu ochelari.

Apariția cataractei este de regulă bilaterală, dar sînt situații cînd evoluția sa este mai rapidă la unul din ochi, vederea celuilalt rămînînd mult timp destul de bună, ceea ce face ca bolnavii să nu sesizeze aceasta decît foarte tîrziu.

În perioada inițială, vederea la distanță poate fi ameliorată pentru o perioadă de timp limitată, cu ajutorul ochelarilor, deoarece tulburările de transparență produc o miopie cristaliniană care permite o corecție parțială.

Dar corectarea deficitului vizual dat de opacifierea cristalinului, oricare ar fi tipul cataractei, se obține numai prin intervenție chirurgicală, care urmărește extragerea cristalinului opacifiat.

În cazul cataractei congenitale, operația trebuie executată în primele luni, pentru a ajuta dezvoltarea funcției vizuale, permițînd copilului să ia contact cu mediul extern. Cu ajutorul facoemulsificatorului cu ultrasunete, operația se execută în aceeași ședință la ambii ochi, durînd doar cîteva minute, după care copilul poate fi externat a doua zi.

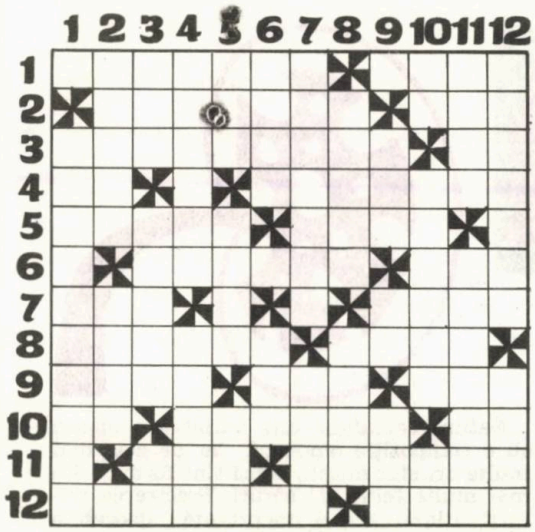
Pentru recăpătarea vederii pierdute prin traumatisme sau alte cauze, ca în cazul cataractelor dobîndite unilaterale, intervenția chirurgicală constă din extragerea cristalinului opacifiat și înlocuirea lui cu un cristalin artificial, confecționat din material plastic, care suplinește în totalitate pe cel compromis.

În cataractele senile bilaterale, operația se poate executa fie la unul, fie la ambii ochi în aceeași ședință. Dar pentru o cît mai deplină satisfacție, este necesar ca opacitatea cristalinului să fie totală, adică cataracta să ajungă la maturitate. Dacă acest lucru a fost realizat numai la un singur ochi, este recomandabil să se aștepte evoluția cataractei și la celălalt, pentru a evita diferența de refracție care se creează după operație între cei doi ochi, altfel bolnavul nu beneficiază de avantajele operației decît într-o foarte mică măsură.

În concluzie, atragem atenția că opacifierea cristalinului se întîlnește destul de frecvent, la toate vîrstele, iar rezolvarea ei revine chirurgiei. Și cum nu orice diminuare a vederii presupune cataractă, un control de specialitate devine obligatoriu.

DR. I. BĂNACU
MEDIC PRIMAR OFTALMOLOG
SPITALUL MILITAR CENTRAL, BUCUREȘTI

LA FARMACIE



ORIZONTAL : 1. Oraş în sudul Italiei, unde s-a înfiinţat prima farmacie publică din Europa, în anul 1140, urmată apoi de cele din Paris (1180), Köln (1248), Basel (1250) etc. — Medic, farmacolog şi chimist italian (1576—1673), considerat ctitor al farmacologiei moderne (Angelo). 2. Medicamente — Banii noştri (sing.). 3. Farmacistul din piesa „Mamouret" de Jean Sarment — Serveşte ca suprafaţă de inserţie pentru muşchi. 4. Plantă textilă — Ataşat de ceva. 5. Stadiu în dezvoltarea individuală a unor insecte la ieşirea din ou — Nicovală (reg.). 6. Ceva — Haini. 7. Arbore — Farmacistul din nuvela „Leacul" de Ion Istrati (Aanei). 8. Ţara europeană care a deţinut în sec. XVII prioritatea în ştiinţele farmaceutice, avînd cel mai puternic centru de învăţămînt şi cercetare la Facultatea de medicină din Leyda — A striga. 9. Vase sanguine — A cunoaşte — Acela (pop.). 10. Patru roman — Oraş pe stînga Dunării, unde s-a organizat anul trecut, pe lîngă Oficiul farmaceutic teritorial, un muzeu farmaceutic — Giurgiu (abr.). 11. Nevăzător — Capitala asiatică în care a luat fiinţă, pentru prima dată în lume, în anul 754 e.n., o „farmacie spitalicească". 12. Farmacolog român (1905—1956), unul dintre organizatorii industriei farmaceutice din România (Constantin N.) — Mijloace de luptă.

VERTICAL : 1. Farmacistul din „Însemnările lui Neculai Manea" de Mihail Sadoveanu (Gavril). 2. Eroina nuvelei „Aspirina" de Ion Istrati (Costea) — Galben-verzui. 3. Asemănare fizionomică — Farmacistul din piesa „Infidelitate conjugală" de Leonid Zorin — Oneste ! 4. Oraşul italian în care a luat fiinţă prima catedră de farmacie din lume, în anul 1533 — Culoarea cea mai închisă (fem. pl.). 5. Veche măsură de greutate (pl.) — Oraş pe Mureş — Absolut (abr.). 6. Astru, satelit al Pămîntului — Localitate în Egipt. 7. A stîrpi, a desfiinţa — Interdicţie de limbaj. 8. Se poartă pe deget (pl.) — Scriitor român (1905—1977), autorul povestirii „Leacul" (Ştefan). 9. Fluviu în Maroc — Traian Ionescu — Localitate în Japonia. 10. Cale de mijloc ! — „Farmaciile...", titlu din poetica lui Adrian Păunescu (nom.) — Doctor (abr.). 11. Farmacistul din piesa „Omul care a văzut moartea" de Victor Eftimiu — Aliaj de mercur cu alt metal. 12. Ţara europeană în care a luat fiinţă prima facultate de farmacie din lume, în anul 1853 — A fi nerăbdător.

Dicţionar : ILAU, ASL, DRA, IGA.

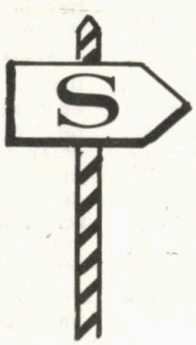
ADAM STOICA

INSTITUŢIE MEDICALĂ

(metagramă anagramată : OXXXXXXXX — XXXXXXXXO)

STUDIU ANATOMIC

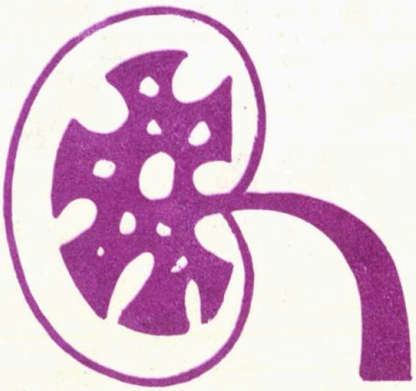
(metagramă ilustrată : XXOXXXXX)



O SCURTĂ URARE

(rebo eliptic anagramat : (5)+4=8)

LITIAZA RENALĂ



DR. **GEORGETA NESTOR**
ŞEF DE LUCRĂRI, SPITALUL CLINIC „FUNDENI"

Litiaza renală se defineşte prin formarea anormală de concreţiuni sau calculi în căile urinare, ca urmare a precipitării substanţelor care în mod normal se găsesc dizolvate în urină. Astfel, în urina normală există o anumită cantitate de acid uric, oxalaţi, fosfaţi etc., rezultaţi din metabolismul zilnic.

În anumite condiţii patologice sau în urma unor excese alimentare poate să crească cantitatea de săruri din urină, cu formarea de nisip urinar — aşa-numita microlitiază — care cu timpul duce la litiază renală.

Se consideră că factorii care concură la formarea calculilor renali pot fi de natură endogenă (depinzînd de organism) sau de natură exogenă (din afara organismului).

Printre cauzele de natură endogenă amintim eliminarea în exces, prin urină, a substanţelor formatoare de calculi, excreţia urinară insuficientă a substanţelor care inhibă cristalizarea, precum şi un metabolism patologic, din care rezultă cantităţi excesive de acid uric, eliminat pe cale renală. De asemenea, diabetul zaharat, consecinţa unor tulburări în metabolismul glucidelor, reprezintă o altă cauză favorizantă a litiazei oxalice sau urice.

Referindu-ne la cauzele de natură exogenă, precizăm că acestea sînt legate de un aport alimentar bogat în acid uric, oxalaţi, calciu şi fosfaţi.

O altă modalitate de formare a litiazei o constituie obstacolele în eliminarea urinei. Aşa se întîmplă în cazul malformaţiilor de tipul strangulărilor (stenozelor) ureterale, al adenomului de prostată şi în compresiuni ale ureterelor sau ale vezicii urinare, determinate de afecţiuni ale organelor din vecinătate (chisturi de ovar, tumori etc.). Această stază care se realizează datorită obstacolelor determină infecţia urinară, generatoare de precipitări.

Reţinem deci că toate cauzele care împiedică scurgerea corectă a urinei şi care determină o stagnare a acesteia reprezintă un risc de litiază renală.

Natura calculilor este variabilă : uneori au o compoziţie omogenă, dar de cele mai multe ori sînt micşti, adică sînt formaţi din mai multe feluri de săruri. Precizarea naturii litiazei are o importanţă deosebită pentru aplicarea unei terapii corecte.

Forma calculilor renali este şi ea diferită, fiind în funcţie, de asemenea, de natura sărurilor : uneori sînt netezi, lucioşi, duri (acid uric) sau colţuroşi, ascuţiţi (calculi oxalici), alteori, albicioşi, sfărîmicioşi (calculi fosfocalcici).

Mărimea calculilor variază de la calculi foarte mici (microcalculi) la calculi mari (cît boabele de piper sau sîmburii de măsline) sau giganţi, cu ramificaţii ce amintesc coralul şi, din acest motiv, sînt numiţi calculi coraliformi.

Litiaza renală poate fi uneori complet latentă, adică purtătorii de calculi nu prezintă nici un fel de durere sau simptom urinar. De cele mai multe ori însă, bolnavii cu litiază renală acuză dureri lombare, care pot fi surde, puţin intense sau extrem de vii, îmbrăcînd aspectul de colică renală. De obicei, colica renală este unilaterală, fiind resimţită în partea dreaptă sau stîngă lombară, dar deseori iradiază către abdomen, organele genitale şi faţa internă a coapsei. În general, se asociază şi cu tulburări urinare manifestate prin urini roşii, provocate de prezenţa sîngelui în urină (hematurie), precum şi cu nevoia imperioasă de a urina sau cu usturimi la urinat.

Aceste fenomene se explică prin mobilizarea calculului, adică tendinţa acestuia de a se elimina. Atunci cînd calculul este mic, el poate fi eliminat spontan, uneori chiar fără dureri prea intense ; cînd este mare sau colţuros, el se fixează, se agaţă de peretele ureterului, determinînd dureri mari, permanente sau repetate frecvent. În paralel cu tulburările urinare descrise, pot apărea şi fenomene digestive variate, cum ar fi : greţuri, senzaţie de vărsături sau chiar vărsături, balonări ab-

dominale, constipație sau nevoia de defecare, simulînd adesea un sindrom de ocluzie intestinală, o criză de apendicită acută, iar la femei o criză de anexită sau sarcină extrauterină.

Avînd în vedere că originea, mărimea, compoziția calculilor și aspectul clinic al litiazei renale sînt atît de diferite, tratamentul litiazei este diferențiat de la caz la caz și va fi stabilit numai de medic. Acestuia îi revine sarcina de a preciza natura calculului, locul și poziția acestuia, lucru perfect posibil cu ajutorul examenului radiologic. Dealtfel, precizarea naturii litiazei are o importanță deosebită în aplicarea unei terapii corecte.

În principiu, oricare ar fi natura chimică a calculului, se recomandă bolnavilor să ingere cît mai multe lichide, pentru a fi antrenate micile cristale și pentru a reduce riscul precipitării, care are loc în urma concentrațiilor puternice ale urinei. În același sens acționează și curele balneare de la Olănești, care au drept scop activarea diurezei. Precizăm însă că indicația balneară va trebui stabilită numai de medic, deoarece există situații cînd calea de eliminare fiind blocată, o diureză forțată poate agrava evoluția bolii.

Alte măsuri terapeutice menite să împiedice instalarea litiazei renale se referă la corectarea metabolismelor greșite, la aplicarea unei medicații care să diminue substanțele formatoare de calculi și care să crească aportul de mediatori care inhibă cristalizarea. De asemenea, se va administra un tratament care să lupte contra infecțiilor urinare.

În ceea ce privește aportul alimentar, pentru a preveni **litiaza urică** este necesar să limităm sau să suprimăm alimentele bogate în purine (compuși organici care prin degradare metabolică se transformă în acid uric, eliminabil prin urină). Dintre acestea citățm : măruntaiele (rinichi, limbă, ficat), carnea animalelor tinere (viței, miel, pui, porumbel), vînat, sardele, pește gras, gîscă, rață, supe din oase, brînzeturi fermentate și sărate, iar dintre legume : spanacul, știevia, sparanghelul.

În **litiaza calcică** se recomandă un regim hipocalcic, care constă din îndepărtarea sau limitarea consumului de lapte și al tuturor sortimentelor de brînzeturi ce conțin mari cantități de calciu. Și cum restricția sodată este urmată de o scădere a calciuriei, regimul alimentar va fi sărac în sodiu. De aceea, sînt interzise alimentele conservate și cele cu conținut crescut de sare.

În ceea ce privește **litiaza oxalică**, se impune restricția unor alimente și băuturi bogate în acid oxalic, cum sînt : măcriș, spanac, sparanghel, țelină, sfeclă, roșii, ceai concentrat, cacao, cafea.

În concluzie, atragem atenția că nu totdeauna litiaza renală înseamnă colică renală, că există cazuri în care rinichiul se blochează, devine „mut funcțional", datorită unor calculi care se constituie lent, nu dau dureri și nici nu se manifestă prin alte semne de boală. De aceea, se impune un control periodic, preventiv și sistematic, în care consultația de specialitate să fie completată cu examene de laborator. În acest fel, se pot evita situații grave, uneori greu de tratat și corectat.

TULBURĂRILE URINARE ȘI IMPORTANȚA LOR DIAGNOSTICĂ

Alături de măsurile de profilaxie, intensificarea preocupărilor pentru o depistare cît mai precoce a bolilor, condiție indispensabilă pentru obținerea mai rapidă și mai ușoară de vindecări durabile, constituie un obiectiv principal în problemele de sănătate publică.

Pentru bolile aparatului urinar, ca dealtfel pentru multe alte afecțiuni ce nu interesează direct sau deloc organele acestui aparat, caracterul emisiunilor de urină și aspectul acesteia pot constitui, prin modificările suferite în condiții patologice, elemente timpurii de atenționare.

In mod obișnuit, la un aport de 1 000—1 500 ml lichide în 24 de ore și în condiții normale de muncă și viață, se emit 800—1 200 ml urină clară, de culoare ușor gălbuie, fără depozite sau elemente în suspensie. Această cantitate de urină este expulzată din vezică, care are o capacitate de 250—300 ml, prin 3—5 emisiuni în 24 de ore, ele avînd loc ziua, în perioada de veghe, și nu noaptea. Emisiunile urinare sau micțiunile se efectuează ușor, cu presiune, jetul urinar este continuu și bine proiectat.

De la început subliniem faptul că, în mod firesc, fiziologic, în plină sănătate pot exista modificări care nu traduc un proces patologic, ci doar adaptarea organis-

mului la unele condiții de viață. Astfel, este absolut normal ca un organism care într-o zi sau într-o perioadă primește, din diverse motive, cantități crescute de lichide (2—3 litri în 24 de ore) sau folosește diuretice (ceaiuri, tratamente speciale), să producă cantități crescute de urină, de regulă diluată, incoloră și s-o evacueze printr-un număr mai mare de micțiuni (8—10 de la o zi la alta). Alteori, frigul și umezeala la care s-au expus bolnavii determină micțiuni mai frecvente.

Dacă ingestia lichidelor are loc mai ales după-amiaza și seara, este de așteptat să apară, fără vreo semnificație patologică, emisiuni repetate de urină în cursul nopții.

Pe de altă parte, este tot atît de firesc ca persoanele care nu-și asigură cantitatea obișnuită de lichide sau care, prin caracterul climei, al procesului de muncă sau datorită altor condiții înregistrează o abundentă pierdere de lichid prin transpirație, să constate o scădere, chiar notabilă, a volumului de urină emis în 24 de ore sub 600 ml, o rărire consecutivă a micțiunilor și o închidere a culorii urinei pînă la brun-roșcat, datorită concentrației acesteia.

Consumul anumitor alimente (sfeclă roșie), vitamine sau dezinfectante, purgative, calmante, sulfamide, pot atrage, de asemenea, schimbări în culoarea urinei, fără ca aceasta să exprime o stare patologică.

Toate aceste exemple sînt menite să atragă atenția asupra faptului că nu orice schimbare în frecvența micțiunilor sau în aspectul urinei are un substrat patologic și că, de fapt, de la o zi la alta pot apărea moderate modificări în emisiunea și caracterele urinei, ca o consecință a inerentelor schimbări obișnuite în condițiile de muncă și de viață.

În nici un caz atenția acordată acestor aspecte nu trebuie să devină, prin exagerare, o obsesie.

Există însă și modificări care trebuie să rețină atenția și să determine, fără întîrziere, consultul medical. În ansamblu, acestea sînt reprezentate de acele schimbări care apar în condiții obișnuite de muncă și viață și care au un caracter durabil. Pentru unele dintre ele, cum ar fi : prezența de sînge sau cheaguri în urină, a nisipului sau a altor depozite, chiar și fără acest caracter repetat și durabil trebuie să se ia imediat atitudine corespunzătoare.

În ceea ce privește hematuria, chiar dacă aceasta este de scurtă durată, unică, și nu interesează decît o parte din actul emisiunii de urină (începutul sau sfîrșitul), chiar dacă nu este însoțită și de alte tulburări urinare, trebuie să atragă atenția și să determine un consult de specialitate.

Sîngerările abundente, persistente, asociate altor suferințe, creșterea frecvenței micțiunilor sau greutatea în evacuarea urinei fac, de regulă, pe bolnav să ceară asistență. Hematuriile izolate și puțin impresionante, rare, sînt cele care trebuie să ne rețină atenția, deoarece adesea bolnavii, încurajați de reapariția rapidă a unei urine de aspect normal, sînt înclinați să considere totul drept un incident fără importanță.

Este adevărat că uneori există asemenea sîngerări incidentale, fără substrat grav și fără consecințe, dar în destule alte cazuri modificările menționate semnifică instalarea unor boli importante, pentru care cunoașterea și tratarea cît mai precoce constituie o condiție de vindecare.

Despre originea și semnificația unei hematurii nu bolnavul, ci medicul este acela care va decide. Există sîngerări de mică intensitate, care abia dacă modifică culoarea urinei, după cum există sîngerări puse în evidență doar prin examenul microscopic al urinei și care merită atenție și investigații. Desigur, există și aspecte înșelătoare, cum este cazul unor urine foarte concentrate și care, devenind bruncărămizii, pot sugera hematuria, după cum consumul unor medicamente sau al unor alimente poate atrage aspecte similare. Oricum, este preferabil să se ajungă din prudență la medic în astfel de cazuri decît să se neglijeze o veritabilă hematurie și să

se piardă un timp prețios. Din păcate, prea mulți bolnavi cu leziuni tumorale renale și vezicale ajung în faze avansate de evoluție ale bolii la medic, declarînd că au remarcat prezența sîngelui în urină cu mult timp înainte, dar au neglijat.

O modificare de aspect al urinei o reprezintă și urina constant sau periodic tulbure, uneori însoțită și de alte manifestări care atrag atenția bolnavilor (dureri de șale, de abdomen sau la micțiune, tulburări în ritmul de evacuare a urinei), modificare mai mult sau mai puțin bine tolerată un timp. În unele cazuri, bolnavii mai pot remarca, în vasul în care emit și uneori colectează urina, depunerea unui depozit purulent sau mineral. Un astfel de aspect poate exprima o importantă infecție urinară sau eliminarea de mari cantități de minerale în urină. De aceea, este necesară o atentă explorare sub control medical.

Rareori se întîmplă ca urina să conțină la emisie bule de gaz, care-i dau un caracter sifonat. O asemenea modificare — pneumaturia — exprimă o infecție, respectiv fermentația urinei în vezică sau comunicări cu organele tubului digestiv. Și această schimbare de aspect trebuie să determine o cît mai rapidă explorare, întrucît diversitatea cauzelor care o produc impun o precizare, necesară pentru instituirea tratamentului corespunzător.

Demn de remarcat este faptul că, în ceea ce privește tulburările apărute în frecvența și caracterul emisiunilor de urină, adesea sîntem confruntați în practică cu unele convingeri lipsite de o bază științifică și foarte răspîndite în publicul larg, care acceptă aceste manifestări ca pe ceva trecător sau ca pe un atribut al vîrstei înaintate. Cel mai adesea se întîlnește o creștere a frecvenței micțiunilor. La un mare număr dintre acești suferinzi există și este pe cale să se accentueze unele afecțiuni care fac din ce în ce mai mult micțiunile incomplete și ineficiente. Este vorba de adenomul de prostată, neoplasmul, inflamațiile prostatei, strîmtorările uretrale, prezența de corpi străini în vezică etc.

La început, cînd depistarea bolii prezintă o importanță deosebită, creșterea frecvenței emisiunilor de urină este puțin marcată și riscă să treacă neobservată. De regulă, se înregistrează, fără motive justificate, apariția constantă a unor micțiuni în cursul nopții și o ușoară creștere a frecvenței micțiunilor în timpul zilei.

În paralel, se poate remarca uneori, încă de timpuriu, o scădere a forței de proiecție a jetului, bolnavul constatînd că trebuie să se apropie de vasul în care este expulzată urina. Alteori, se înregistrează apariția unei constante așteptări între momentul în care bolnavul se pregătește de micțiune și realizarea acesteia, fiind necesare relative eforturi de expulsie. De asemenea, pot să apară și modificări ale calibrului jetului de urină, care poate fi subțiat, deviat, împrăștiat. La unii bolnavi, micțiunea începută în condiții aproape normale pune în evidență o scădere progresivă a proiecției jetului, durează mai mult și uneori se sfîrșește chiar sub formă de picături. În aceste cazuri, bolnavii sînt conștienți de un anume efort micțional pentru a realiza evacuarea urinei în întregime din vezică. Este de notat că aceste schimbări în micțiune nu se instalează decît rareori brusc, ci de cele mai multe ori lent, pe parcursul mai multor săptămîni și luni, și de aceea atrag mai puțin atenția, fiind ușor tolerate și deci neglijate.

La unii bolnavi, cum sînt cei cu calculoză vezicală, creșterea frecvenței micțiunilor se constată la mobilizare. De îndată ce purtătorul unui astfel de calcul părăsește poziția de repaus pentru a merge și cu atît mai mult pentru a face deplasări mai ample ale corpului sau pentru a folosi vehicule care zdruncină, senzațiile de evacuare se îndesesc. Uneori, la acești bolnavi jetul urinar al micțiunilor efectuate în poziție obișnuită se întrerupe brusc și nu se reia decît dacă bolnavul adoptă o altă poziție, favorabilă deplasării calculului din vezică.

Pentru bolnavii cu infecții ale aparatului urinar, micțiunea ia un caracter imperios, între apariția senzației de evacuare și efectuarea cu neputință de stăpînit a acesteia trecînd foarte puțin timp, atît de puțin încît uneori pacienții se plîng că „pierd urina", în realitate fiind vorba doar de o falsă incontinență.

Mai există o categorie de bolnavi care au asistat pasivi la o bună parte din tulburările menționate, sesizîndu-se adesea

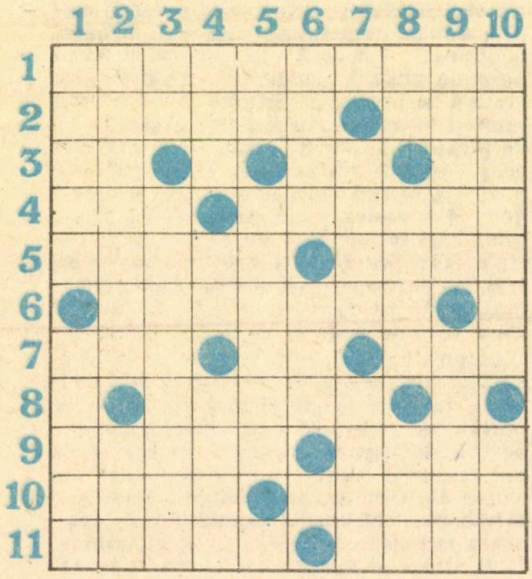
foarte tardiv de senzația de evacuare incompletă a urinei. Deși aceștia urinează des, se străduiesc prin efort abdominal, uneori chiar prin presiuni manuale pe abdomen, să-și golească vezica, dar nu reușesc decît în parte și au mereu senzația de plenitudine, simțămîntul că tot timpul ar mai avea ceva de evacuat, ceea ce de fapt se și întîmplă, în vezica acestor bolnavi rămînînd constant o cantitate variabilă, dar notabilă, de urină.

Dacă primele modificări de micțiune citate sînt într-adevăr mai greu de sesizat, acestea din urmă traduc evoluții avansate și atrag de regulă atenția.

Deoarece există o serie de boli cîștigate sau care reprezintă defecte de conformație ale aparatului urinar și care se pot manifesta la copii încă din primele luni sau ani de existență, revine părinților și celor ce-i supraveghează sarcina importantă de a cunoaște și aprecia caracterele urinei și ale actului micțional, cu atît mai mult cu cît acești bolnavi sînt lipsiți de posibilitățile de expresie ale adultului. La această categorie de pacienți, organisme în plină dezvoltare, o afecțiune necunoscută și mult timp neglijată poate atrage consecințe grave, ireversibile.

Cele relatate evidențiază faptul că o urmărire atentă și o sesizare precoce a oricăror modificări în aspectul, frecvența și caracterul micțiunilor, vor permite o mai rapidă depistare a multor boli ale aparatului urinar, ceea ce duce, evident, la creșterea șanselor de vindecare durabilă.

CONF. DR. DOC. C. P. IOANID

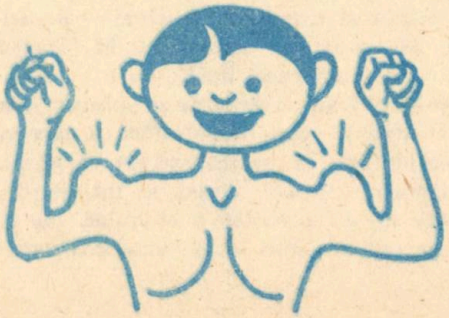


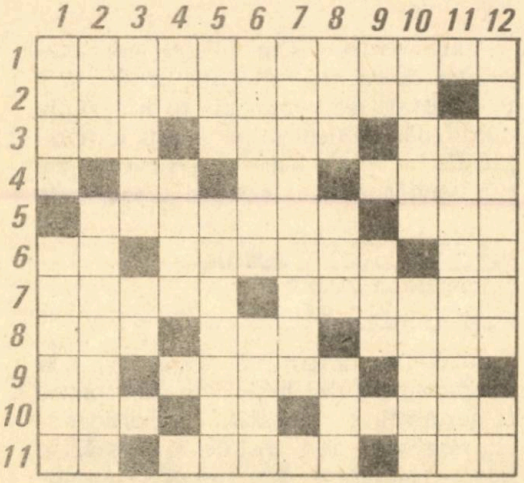
SĂNĂTATEA

ORIZONTAL : 1. Cele pentru sănătate sînt prevăzute să crească în cincinalul 1981—1985 cu 32 la sută față de perioada 1976—1980. 2. Se spune că sănătatea îi este cel mai de preț bun (pl.) — Autorul poeziei „Sănătate, tuturor" (Aurel). 3. Simbolism bacovian — Traian Stănescu — În deschidere, uvertură ! 4. Întreprindere industrială de stat (abr.) — Sănătoase. 5. Pantaloni rustici — Pictor român (1831—1891), care a transpus pe pînză imaginea unui „Convalescent" (Theodor). 6. Formații. 7. Între două camere (pl.) — Conținutul unei teze ! — Zgomot caracteristic al respirației în afecțiunile bronhiilor. 8. Sănătate (fig.). 9. Infinitiv hidrotehnic în slujba sănătății — Întinsă. 10. Sporadici — A însănătoși. 11. Cineast francez, realizatorul și interpretul principal din filmul „Cît timp ești sănătos" (Pierre) — Clădirile din stațiunile de odihnă (sing.).

VERTICAL : 1. Tinerele vlăstare ale patriei noastre, pentru ocrotirea sănătății cărora au fost create numeroase unități curativo-profilactice, tabere și colonii pentru odihnă etc. — Să fii sănătos ! 2. Aspect fizic exterior al unui individ, capabil să prezinte indicații asupra stării sale de sănătate — Așezare din mediul rural. 3. În temă ! — Care se referă la sănătate (fem.). 4. Autorul nuvelei „Sănătate" (Corneliu) — Treceri ! — „...mei cei tineri", poezie de Serghei Esenin. 5. Ten ! — Instrument muzical cu coarde. 6. Privește ! — O dată pentru totdeauna. 7. Dacă vrem să fim sănătoși trebuie să-l ascultăm pe cel al medicului — Școlar. 8. Centrul cercului ! — Demnitar oriental — În acest loc. 9. Doctorița din nuvela „Sănătate" de Corneliu Leu (Popescu) — Nu-i acesta. 10. Poet roman (60—140), în ale cărui „Satire" întîlnim maxima „Mens sana in corpore sano" (Minte sănătoasă în corp sănătos) — Aceea (pop.).

ADAM STOICA





MEDICINA ÎN ROMANUL ROMÂNESC CONTEMPORAN

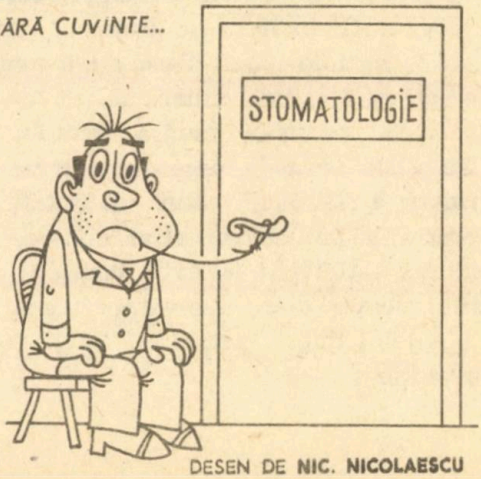
ORIZONTAL : 1. *„Paracelsus, călătorie...", roman în care Mihai Neagu Basarab evocă figura celebrului medic și alchimist din Renaștere.* 2. *Roman de Cezar Petrescu, având ca subiect drama tînărului Radu Comșa, înstrăinat de societatea sa prin mutilarea fizică și morală provocată de război.* 3. *Instrument de muzică populară – Logodnicul doctoriței Clara Vogel din romanul „Trei ceasuri în iad" de Leonida Plămădeală – Autorul romanului „Durerile altora" (Nicolae).* 4. *Traian Stănescu – Acute ! – Verbul croitorului.* 5. *Medicul militar din romanul „Fascinația" de Laurențiu Fulga – Localitate în R.P. Ungară.* 6. *Gheorghe (abr.) – Veșnică – Camera de mijloc !* 7. *A începe din nou – Medicul din romanul „Casa" de Vasile Rebreanu (George).* 8. *Zeița dimineții (mit.) – Autorul romanului „Viața la o margine de șosea", în care întîlnim figura medicului Axente Pop (Mihai) – Scriitor român (1874–1933), autorul romanului „Europolis" (Iean).* 9. *Cornel Dinu – Autorul ciclului de romane „Contravizitele doctorului B.A." (V.Em.) – O sută unu la romani.* 10. *Zeul vînturilor (mit.) – Tudor Arghezi – Asistenta medicală model din romanul „Livada" de Constantin Chiriță.* 11. *Măsură de suprafață – Tînărul scriitor din romanul „Biblioteca din Alexandria" de Petre Sălcudeanu, internat într-un sanatoriu cu destinație specială" (Petre) – Stațiuni balneare.*

VERTICAL : 1. *Studenta din ultimul an la medicină din romanul „Pribegi, noi visam" de Nicolae Damian – Autorul romanului „Bogăția unui sărac", în care se narează destinul unui fiu de țăran care ajunge medic (Ion).* 2. *Doctorița de la țară din romanul „Zăpada nevăzută" de Silvia Cincă – Chirurgul renumit din romanul „Zile fierbinți" de Bujor Nedelcovici (Hristea).* 3. *Apăruți pe neașteptate – Leș !* 4. *„Hramul Sfîntului...", volumul V din ciclul de romane „Contravizitele doctorului B.A." de V.E. Galan – Autorul romanului „Grădina înclinată", în care un profesor de fizică e atins de o boală necruțătoare și se urmăresc reacțiile familiei (Grigore).* 5. *Rîu în U.R.S.S. – Adolescentul din romanul „Accidentul era inevitabil" de V. Em. Galan.* 6. *Restituite – Care stîrnește rîsul.* 7. *Asistenta medicală din romanul „Pe malul Styxului" de Ion Maxim (Lascăr).* 8. *Creangă – Localitate în Egiptul antic – Strigăt de abatere a vitelor (reg.).* 9. *Peru ! – „Oameni în...", denumire dată medicilor.* 10. *Medicul militar din romanul „Cearta" de Al. Piru (Filipoiu) – Medicul din romanul „Acele lucruri mari" de Anișoara Odeanu (Aurel).* 11. *Înaltul funcționar din romanul „Cunoaștere de noapte" de Alexandru Ivasiuc, căruia i se anunță știrea teribilă că soția sa suferă de o boală incurabilă, ce nu-i poate îngădui nici o speranță (2 cuv.).* 12. *Roman de Mihail Sebastian (neart.) – Posezi.*

Dicționar : *UND, EOS, EOL, TNA, INU, NIA.*

ADAM STOICA

FĂRĂ CUVINTE...



DESEN DE **NIC. NICOLAESCU**

CHISTUL HIDATIC HEPATIC

PROF. DR. DOC. **D. BURLUI**,
DR. **MONICA ROŞCA**
SPITALUL CLINIC „CARITAS"

Bolile de ficat reprezintă un important factor de suferinţă, aducînd mari prejudicii funcţionării normale a organismului.

Bolnavul hepatic este uşor de recunoscut după culoarea galbenă a pielii şi a ochilor, aceasta fiind, de cele mai multe ori, semnul revelator. De asemenea, se remarcă o stare de oboseală şi somnolenţă anormală, precum şi o permanentă suferinţă digestivă, creînd un disconfort penibil, care poate apărea la orice abatere de la regim.

În categoria bolilor hepatice, pe lîngă suferinţele referitoare la ficatul propriu-zis, se disting şi suferinţele arborelui biliar, din afara ficatului, care, de fapt, se înglobează în categoria colecistopatiilor.

Cele două organe (ficatul şi căile biliare), aflîndu-se în strînsă corelaţie anatomofuncţională, pe măsura evoluţiei bolii se vor influenţa reciproc, astfel încît bolile ficatului vor afecta în timp căile biliare, după cum afecţiunile căilor biliare se vor repercuta secundar asupra ficatului. Deducem de aici necesitatea imperioasă a stabilirii unui diagnostic precoce al bolilor respective, deoarece numai astfel putem evita complicaţiile, deseori de nerezolvat, care apar inevitabil după perioade lungi de evoluţie.

Dacă bolile căilor biliare extrahepatice oferă, de cele mai multe ori, posibilităţi de rezolvare prin terapia medicală conservatoare sau chirurgicală, cele ale ficatului propriu-zis nu beneficiază în aceeaşi măsură de o rezolvare definitivă. Ne referim la afectarea celulei hepatice, care poate fi generată de hepatite nerecunoscute, neglijate sau tratate şi urmărite necorespunzător, precum şi la tumorile hepatice primitive sau metastatice, în faţa cărora medicina este încă foarte puţin eficientă.

Din punct de vedere al naturii lor, tumorile hepatice pot fi maligne (canceroase) sau benigne (necanceroase), în care caz chirurgia are un rol hotărîtor dacă se intervine la timp, ea fiind capabilă să înlăture definitiv tumoarea din ficat.

Între acestea din urmă se include şi *chistul hidatic hepatic*, afecţiune total benignă ca natură, dar foarte gravă ca evoluţie şi prognostic. Acest fapt se datoreşte dezvoltării chistului în ficat, chist care la început apare ca o tumoare mică, cu conţinut lichidian limpede şi transparent, dar care pe măsura dezvoltării sale este capabil să genereze în timp complicaţii de gravitate extremă. Pe lîngă distrugerea treptată a ficatului, prin creşterea progresivă a chistului care ajunge uneori să conţină 8—10 litri de lichid, intervin elementele de suferinţă secundară ale arborelui biliar, urmate de infectarea chistului, transformînd o boală simplă de organ într-o gravă afecţiune hepato-biliară, cu toate implicaţiile sale. Din acest motiv, este lesne să înţelegem multiplele avantaje pe care le oferă diagnosticul precoce al chistului hidatic care, descoperit înaintea complicaţiilor, poate beneficia de tratamente

chirurgicale mult simplificate şi cu cele mai mari şanse de reuşită.

Încă de la început accentuăm asupra faptului că diagnosticul clinic de chist hidatic hepatic este deosebit de greu de stabilit înaintea apariţiei tumorii, aceasta trebuind să ajungă la un anumit volum pentru a putea fi detectată. Diagnosticul hidatidozei însă poate fi sugerat de unele simptome minore, mai ales dacă ne gîndim la faptul că această afecţiune se întîlneşte de preferinţă la unele categorii profesionale cu mare risc de infestare (măcelari, păstori, tăbăcari, crescători de vite). De asemenea, cunoscînd dragostea oamenilor pentru cîini, manifestată în special de copii şi femei, subliniem riscul deosebit pe care îl comportă contactul cu aceştia.

Agentul cauzal al bolii este *Taenia echinococcus*, un parazit lung de 3—6 mm, care trăieşte în stare adultă în intestinul cîinelui şi al porcului. Viermele adult este capabil să elibereze 400—800 de ouă, care pot fi ingerate accidental de om prin alimentele infestate sau de către animalele ierbivore (oaie, bou). Ouăle sînt apoi digerate în duoden, punîndu-se astfel în libertate embrionii minusculi, capabili să străbată peretele intestinal pe cale sanguină şi să treacă în ficat sau, mai departe, în alte organe. În ficat se fixează printr-un sistem format din 6 croşete şi se închistează sub forma unei tumori lichidiene, ce poartă denumirea de chist hidatic.

Ritmul lent de creştere a chistului în ficat determină ca, de la primele simptome pînă la precizarea diagnosticului, să se scurgă un interval foarte variabil, cuprins între 6 luni şi uneori 15—20 de ani. Dimensiunile reduse ale chistului din perioada iniţială fac însă foarte dificilă descoperirea sa prin examenul clinic. Unele simptome pot sugera diagnosticul înaintea complicaţiilor majore care, odată apărute, întunecă în mod deosebit prognosticul şi rezultatele intervenţiilor chirurgicale.

Mici crize urticariene pe fondul unor elemente de suferinţă biliară, corelate cu profesiunile amintite sau cu existenţa cîinilor în copilăria bolnavului pot atrage atenţia asupra unei eventuale hidatidoze. De asemenea, pot fi prezente episoade pasagere de subicter, urmînd unor crize dureroase din regiunea ficatului, concomitent cu existenţa febrei şi a frisoanelor, simptome care pot constitui indicii preţioase pentru existenţa unui chist hidatic hepatic. Într-un stadiu mai avansat, apariţia icterului franc în urma unor colici dureroase şi asociat cu decolorarea materiilor fecale şi cu pruritul tegumentelor, impun investigaţii complexe într-un serviciu de specialitate, unde vor fi efectuate şi testele pentru hidatidoză. Nu rareori se întîlnesc cazuri cu internări repetate în serviciile de boli contagioase sau de medicină internă, etichetate drept hepatite recidivante şi care, în realitate, sînt purtătoare ale unor chisturi hidatice nediagnosticate.

Pe lîngă complicaţiile obstructive biliare care generează icterul, chistul hidatic hepatic poate provoca, în anumite localizări, tabloul clinic grav al fistulei biliobronşice, care pretează deseori la erori, pînă într-un stadiu

ivansat cînd, printr-o vomică hidatică produsă în urma fisurării chistului, diagnosticul este trădat. Datorită dificultăţii de diagnostic, au existat bolnavi care au fost etichetaţi drept tuberculoşi şi trataţi ca atare în serviciile de ftiziologie, pînă la apariţia vomicii hidatice.

Aşadar, reţinem că, datorită întîrzierii diagnosticului, chistul hidatic hepatic reprezintă una dintre cele mai grave afecţiuni. Perioadele lungi de evoluţie pînă la evidenţierea tumorii (uneori 10—15 ani) creează condiţii locale favorabile instalării celor mai severe complicaţii. În aceste stadii, rezultatele intervenţiilor devin adesea nesatisfăcătoare. Ele sînt urmate de numeroase eşecuri, grave complicaţii postoperatorii şi sechele importante, care conduc la o morbiditate şi mortalitate crescute.

Prognosticul intervenţiei este în directă legătură cu precocitatea diagnosticului. În stabilirea acestuia, examenul radiologic este esenţial, precizînd, pe lîngă existenţa chistului, sediul, dimensiunea, forma, numărul şi eventualele complicaţii care survin în timpul evoluţiei. În prezent, scintigrama hepatică şi ecografia constituie examene de precizie şi de mai mare fineţe, care pot contribui la depistarea bolii, punînd în evidenţă chiar şi tumorile reduse de volum.

Precizăm că tratamentul chistului hidatic este exclusiv chirurgical. Dar pentru ca acesta să fie eficient, este necesar ca intervenţia să aibă loc într-un stadiu timpuriu, în faza aseptică, cînd n-au apărut încă complicaţiile inflamatorii sau supuraţia chistului. Din păcate, majoritatea bolnavilor se prezintă adesea prea tîrziu, cînd actul chirurgical este urmat de multiple eşecuri, de necesitatea repetării lui, conducînd adesea la sechele irecuperabile.

Dată fiind importanţa acestei boli şi ravagiile pe care le poate face la nivelul unui organ de importanţă vitală cum este ficatul, se înţelege de ce se pune un accent deosebit pe profilaxia acestei afecţiuni.

Chistul hidatic reprezintă boala mîinilor murdare, a alimentelor nespălate, a lipsei de igienă şi, implicit, a unei defectuoase educaţii sanitare. Ca atare, se impune intensificarea acţiunii de educaţie sanitară în rîndul populaţiei, care are ca obiectiv cunoaşterea biologiei parazitului, a ciclului său evolutiv, deoarece numai astfel poate fi evitată contaminarea. În mod special se impune o igienă riguroasă a mîinilor tuturor persoanelor care, prin natura muncii lor, vin în contact cu viscere ce provin de la animale care ar putea constitui gazde ale parazitului.

Deoarece o sursă importantă de infestare o reprezintă contactul cu cîinii, mîngîiatul acestora pe blană

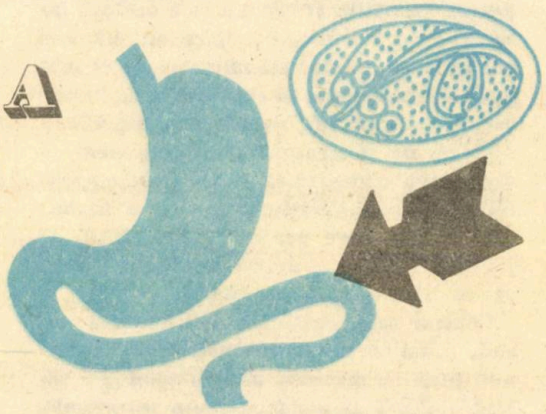
sau răul obicei de a-i lăsa să ne lingă pe mîini sau față, devine obligatoriu spălatul mîinilor cu apă și săpun ori de cîte ori acest contact imprudent a avut loc.

Printre măsurile de profilaxie, un rol major revine prelucrării termice adecvate a cărnii înainte de consumare, dar și spălatului corespunzător al fructelor și zarzavaturilor, deoarece există pericolul poluării lor cu ouă de parazit. De asemenea, o măsură la fel de importantă o constituie sacrificarea animalelor de consum numai în abatoare și deci sub control veterinar sistematic.

Numai respectînd integral măsurile de profilaxie, se poate realiza eradicarea acestei grave afecțiuni, care este chistul hidatic hepatic.

GIARDIOZA

DR. DOC. I. GHERMAN
CENTRUL DE GASTROENTEROLOGIE,
SPITALUL CLINIC „FUNDENI"



Nu există nici o îndoială asupra faptului că giardioza (lambliaza), parazitoză determinată de un protozoar flagelat — Giardia-Lamblia — a devenit în ultima vreme mult mai frecventă, întîlnindu-se nu numai la copii, ci și la adulți.

Parazitul trăiește în mod obișnuit în porțiunea anterioară a intestinului subțire (în duoden sau în jejun), deci, în imediata apropiere a ficatului, organ care dă adesea semne de suferință din cauza prezenței parazitului. Corpul său se deplasează cu ușurință, grație a opt flageli care îl înconjură și datorită unei știrbituri, asemănătoare unei ventuze, prezente pe fața sa inferioară, aderă de suprafața celulelor epiteliale intestinale.

Parazitul se înmulțește asexuat, prin diviziune. După mai multe diviziuni, Giardia se îmbracă într-o coajă chistică și sub această formă nu mai poate trăi în cavitatea intestinală, ci este eliminată odată cu materiile fecale, fapt care ne permite să diagnosticăm bolnavul. Dar există în viața parazitului perioade „negative", cînd acesta nu poate fi depistat în mod obișnuit prin analizele coproparazitologice, fiind necesară repetarea lor la intervale de aproximativ o săptămînă. O cale mai sigură de depistare în această perioadă o reprezintă tubajul duodenal, care ne dă putința de a constata paraziți în sucul duodenal.

În ultimii ani, pe lîngă frecvența mare înregistrată, s-au adus dovezi care pledează și pentru o patogenitate mai certă a acestui protozoar. Astfel, pe baza unor observații mai vechi, mult timp s-a crezut că bolile parazitare determinate de protozoare nu sînt însoțite de eozinofilie sanguină. Or, din datele cele mai recente, rezultă că în giardioză eozinofilia periferică de valori în general moderate este destul de frecventă.

Pe de altă parte, astăzi nu se mai poate susține că protozoarul Giardia-Lamblia nu pătrunde în țesuturi, atîta vreme cît el a fost întîlnit în grosimea mucoasei intestinale la un mare număr de persoane parazitate.

Asemenea fapte de observație ne demonstrează că unele cazuri de giardioză sînt determinate de tulpini parazitare cu o patogenitate mai ridicată. Existența tulpinilor parazitare cu caractere patogenice diferite ar explica și caracterele clinice variate pe care le poate îmbrăca boala la cei parazitați. Astfel, se poate aprecia că formele clinice asimptomatice sau cu manifestări clinice ușoare sînt determinate de tulpini

parazitare cu o patogenitate mai redusă, iar cele cu o evoluție medie sau gravă sînt determinate, probabil, de tulpini cu o patogenitate mult mai ridicată. Alături de receptivitatea diferită a gazdei (omul parazitat), la apariția bolii contribuie, fără îndoială, și asemenea însușiri patogenice ale parazitului.

Existența de forme clinice mai ușoare sau mai grave, cu un caracter de patogenitate sau altul, este demonstrată și de faptul că numărul paraziților existenți în bilă sau în materiile fecale nu este același, iar caracterele morfologice tipice nu sînt nici ele aceleași. Examenul microscopic al materiilor fecale pune în evidență uneori chisturi rare, mici, deformate sau degradate, ceea ce ne determină să presupunem că organismul încearcă să se debaraseze spontan de parazit. Concluzia la care se ajunge este că giardioza poate fi determinată de paraziți lipsiți de agresivitate sau de o agresivitate cu totul variată.

Contrar celor susținute de literatura clasică, practica ne-a demonstrat că pe primul plan se situează simptomatologia colecistobiliară și nicidecum cea intestinală.

Infestările masive cu Giardia produc la unii bolnavi tulburări funcționale ale intestinului subțire, manifestate prin : diaree acută sau cronică (adesea alternînd cu constipație), colici abdominale ușoare, distensie și sensibilitate abdominală. În unele cazuri, giardioza se poate complica cu dureri apendiculare, simulînd o apendicită, sau se poate manifesta prin fenomene alergice, observate în organe aflate la distanță.

Calea de contractare a bolii este cea digestivă. Chisturile de Giardia nu sînt rezistente la uscăciune și deci nu se pot transmite prin praf ; în schimb, umezeala favorizează răspîndirea lor. Dar infestarea nu se realizează numai pe cale hidrică, prin apa poluată, ci și prin alimente, muștele putînd vehicula chisturile de Giardia direct de pe materiile fecale. Dar cel mai frecvent mijloc de contaminare îl constituie „mîinile murdare". Importanța pe care o prezintă igiena mîinilor explică controlul parazitologic periodic care se face lucrătorilor din alimentația publică.

În practica zilnică, nu odată întîmpinăm dificultăți create de tratamente incomplete sau efectuate în doze necorespunzătoare, de la care bolnavii așteaptă rezultate satisfăcătoare. Or, pentru combaterea bolii și pentru a preîntîmpina o eventuală rezistență a parazitului, se impune aplicarea unui tratament corect, recomandat și supravegheat de medic.

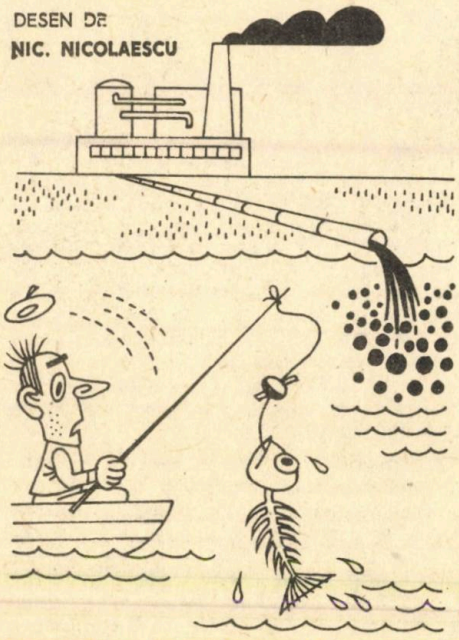
Dintre preparatele folosite în tratamentul giardiozei, Fasigynul are avantajul de a nu produce rezistență, avînd și o eficiență crescută.

Metronidazolul, administrat în două serii la interval de trei săptămîni, s-a dovedit mai activ dacă se asociază cu un alt medicament giardicid (Furazolidon).

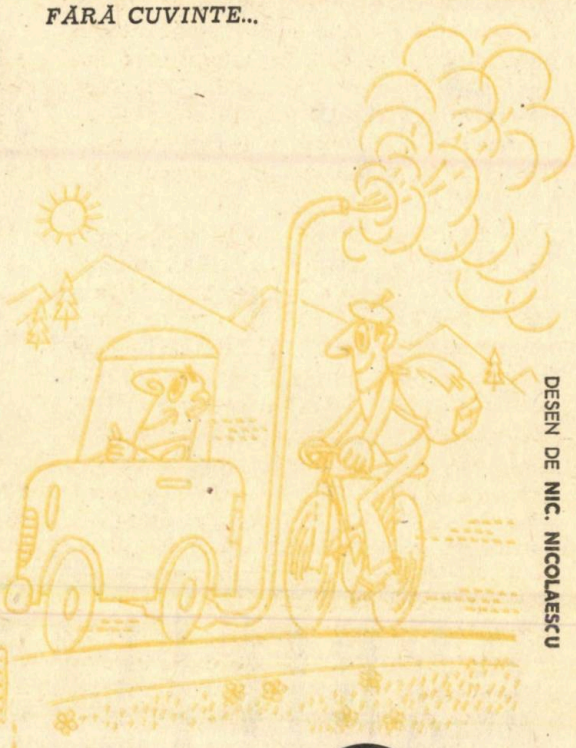
În cazurile în care parazitul se menține în organism, se poate apela la tratamentul cu Mepacrină. Administrarea acestui medicament se va face numai după efectuarea probelor de disproteinemie, care ne dau posibilitatea să ne convingem de buna funcționare a ficatului, organul care metabolizează medicamentul.

O importanță deosebită în tratamentul giardiozei trebuie acordată celorlalți membri ai familiei. Chiar dacă aceștia nu acuză tulburări, ei pot fi purtători ai parazitului, și deci, se înțelege, nu vor fi scutiți de un tratament antiparazitar.

DESEN DE
NIC. NICOLAESCU



FĂRĂ CUVINTE...



DESEN DE NIC. NICOLAESCU

DIAGNOSTIC

(TRIVERB : 7, 5, 3)

V T E R

GLANDULARĂ

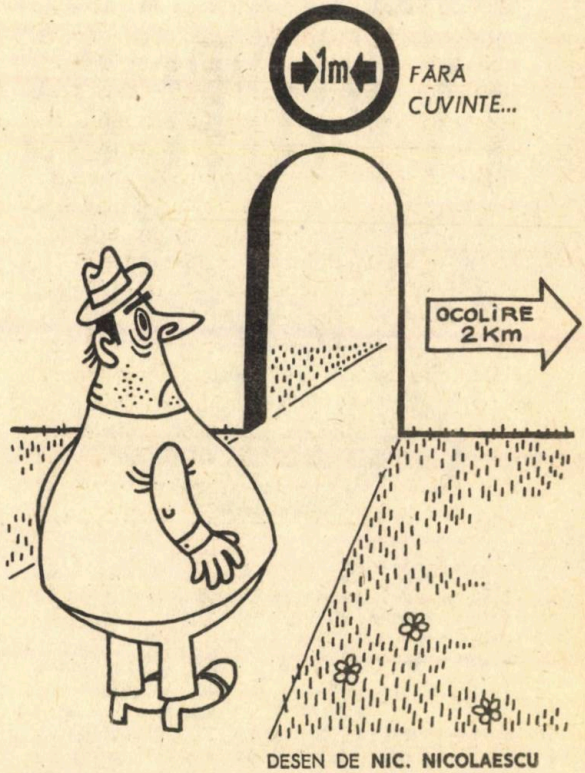
(REBO ANAGRAMAT : 3+4=7)

2,3

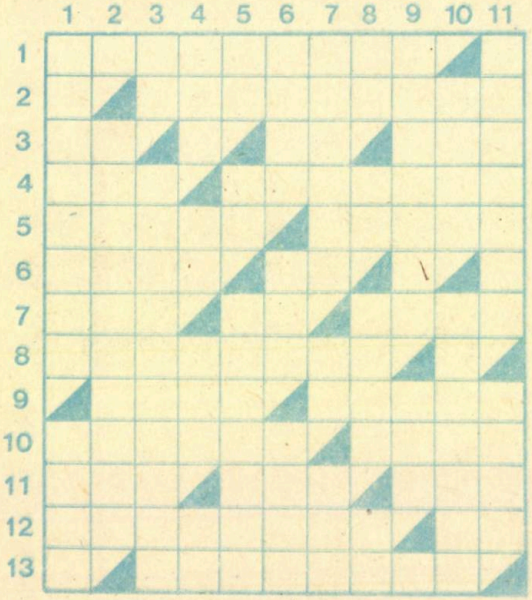
CU MEDICAMENTE

(MONOVERB ELIPTIC ANAGRAMAT :
5+(4)=8)

...5...



DESEN DE NIC. NICOLAESCU



MEDICINA ÎN PICTURĂ

ORIZONTAL : 1. *Celebru pictor olandez (1606—1669), realizatorul tabloului „Lecția de anatomie a doctorului Tulp" (Harmensz van Rijn).* 2. *„...nebuniei", tablou aparținînd pictorului olandez Hieronymus Bosch (neart.).* 3. *Ivonne Cosma — Zonă de mijloc ! — Instrument de muzică populară românească* 4. *Localitate în Norvegia — „...dr. Gross", tabloul pictorului american Thomas Eakins (pl.).* 5. *Pictor belgian (1488—1542), autorul „Portretului medicului Joris de Zelle (Bernard van) — Alt pictor olandez (1626—1679), autorul tablourilor „Felcerul" și „Bolnava și medicul" (Jan).* 6. *Orășel în R. F. Germania — „...cu urechea tăiată", tablou-autoportret al pictorului olandez Vincent van Gogh (neart.).* 7. *Dumneavoastră (abr.) — Precum — Munte în Spania.* 8. *Plictisit, sătul.* 9. *Localitate în Suedia — Rîu în Anglia.* 10. *Oraș în jud. Sibiu — „... și fiica", tablou de Corneliu Baba.* 11. *Încreștitură a pielii obrazului — Anul Geofizic Internațional (abr.) — Scop.* 12. *„...al doctorului Gachet", alt tablou din creația lui Vincent van Gogh (pl.) — Katia Ivanova.* 13. *Tablou purtînd semnătura pictorului flamand Adriaen Brouwer (neart.).*

VERTICAL : 1. *Pictor englez (1723—1792), cel mai mare portretist al secolului său, care a transpus pe pînză „Portretul doctorului Johnson" (Joshua) — Localitate în Italia.* 2. *Celebru pictor italian (1573—1610), din a cărui creație desprindem tabloul „Bachus bolnav".* 3. *Polii magnetului ! — Alt pictor italian (1580—1627), reprezentat în Muzeul de Artă al R.S.R. prin tabloul „Spitalul" (Lucca).* 4. *Cuvînt care exprimă mirare — Eroare fără nici o îndoială ! — La început de trimestru ! — Al patrulea și ultimul din anotimpuri !* 5. *Rănit la cap ! — În sud, la Nancy ! — „Fetița pe...", tablou semnat de Corneliu Medrea (pl.).* 6. *Insulă de corali — Depresiune în nordul Transilvaniei — Sprinten.* 7. *Anomalie caracterizată prin creștere insuficientă în înălțime, raportată la media vîrstei și a speciei sau a rasei respective — Ibis ! — Bătută la spate.* 8. *După masă (abr.) — Nota traducătorului — Cea mai mică parte dintr-un element chimic — În sudul județului !* 9. *Pictor flamand (1610—1690), autorul tablourilor „Chirurg" și „Medicul de țară" (David, cel Tînăr) — Oraș în Belgia.* 10. *Localitate în S.U.A. — Pictor și sculptor belgian (1886—1952), autorul tabloului „Maternitate" (Constant).* 11. *„...și caritate", tablou în care Pablo Picasso a surprins un medic ce ia pulsul unei bolnave, deasupra căreia se apleacă o soră de caritate, cu un copil în brațe — Pictor spaniol contemporan, considerat unul dintre cei mai mari artiști plastici din sec. XX, autorul tabloului „Persistența memoriei" (Salvador).*

Dicționar : NAA, LAER, ASPA, GARN, BOARD, ARPI, AAT, NACE.

ADAM STOICA

DE LA MICILE RĂNIRI LA O BOALĂ INFECȚIOASĂ DE MARE GRAVITATE

TETANOSUL!

Tegumentele corpului omenesc constituie o importantă barieră naturală de apărare împotriva infecțiilor, deoarece, în condiții normale, nu permit pătrunderea în organism a microbilor aflați fie pe suprafața pielii, fie în mediul înconjurător.

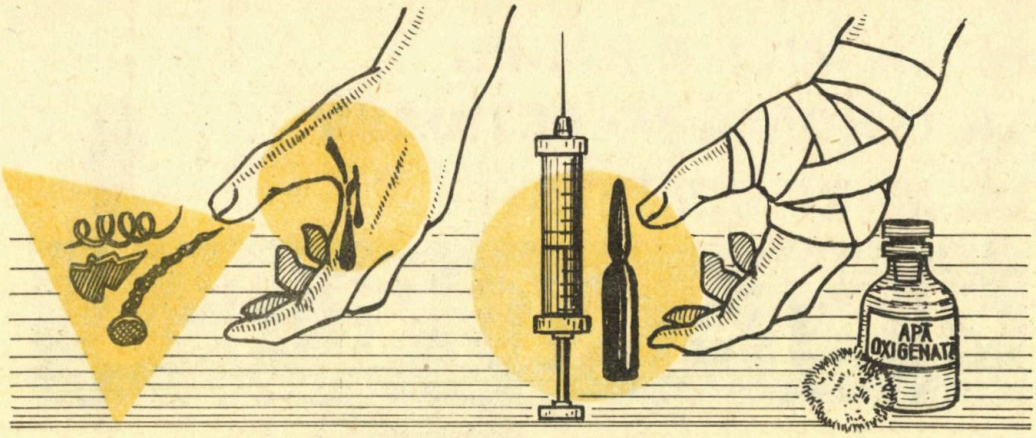
Cînd integritatea acestei bariere este afectată în urma constituirii unei așanumite „soluții de continuitate" — cum se întîmplă în cazul rănirilor de orice natură — există riscul ca, la nivelul plăgilor rezultate, germenii patogeni să determine variate infecții cutanate. De obicei, aceste infecții rămîn localizate și, tratate corect, evoluează spre vindecare.

Dacă plăgile rezultate din răniri nu sînt îngrijite corespunzător, infecția locală poate fi urmată de complicații generale severe, dintre care cea mai de temut este *tetanosul.*

În țara noastră, în ultimii 15 ani, în urma introducerii vaccinării antitetanice, îmbolnăvirile de tetanos au înregistrat o scădere importantă. Și dacă boala a devenit rară, în schimb gravitatea a rămas aceeași (mortalitate în jur de 50%). Din acest motiv, prevenirea tetanosului constituie încă o problemă majoră de sănătate publică.

Se știe că bacilul tetanic, agentul patogen al bolii, este oaspetele normal al intestinului unor animale domestice și peridomestice, în special ierbivore, de unde este eliminat în natură. Astfel, bălegarul vacilor, al cailor, al oilor, al caprelor și al altor mamifere conține o mare cantitate de bacili tetanici, care, ajunși pe suprafața solului, se transformă în spori, forme de rezistență ce supraviețuiesc în pămînt și în praf timp de ani de zile. *Deci, oriunde există pămînt și praf, pot exista și spori de bacili tetanici.*

În orice rănire în care plaga rezultată a fost murdărită cu pămînt sau praf, *contaminarea plăgii cu spori de bacili tetanici este foarte probabilă.* O asemenea plagă poartă denumirea de „plagă tetanigenă". Desigur, gradul de contaminare diferă : el este foarte mare în plăgile cauzate de arme de foc, de accidente de circulație sau de stradă, în cele cu fracturi multiple, deschise, în rănile profunde prin mușcături



de animale. O poartă de intrare a bacililor tetanici la fel de periculoasă o constituie ulcerele varicoase, arsurile, degerăturile etc.

În micile răniri, contaminarea cu bacili tetanici este inconstantă sau mai redusă. Totuşi, o serie de răniri ocazionate de joaca copiilor în parcuri sau în timpul practicării sporturilor sau ascensiunilor pe munte, precum şi diversele înţepături cu ace, sîrmă, cuie, spini de plante, aşchii de scînduri, tăieturi de cuţit şi multe altele pot deveni posibile plăgi tetanigene. Deosebit de periculoase sînt înţepăturile în talpă, mai ales cînd corpul străin rămîne pe loc, iar rana se închide la suprafaţă. Se creează astfel un mediu anaerob, lipsit de oxigen, care permite sporilor tetanici să se transforme în forme vegetative, care eliberează toxina ; ulterior, se declanşează infecţia tetanică generalizată. Muncitorii din construcţii, precum şi cei din agricultură, viticultură şi horticultură sînt mai expuşi la astfel de răniri contaminate cu pămînt.

Debutul bolii poate fi brusc sau se poate manifesta iniţial prin sensibilitate la frig, dureri sub formă de arsuri la nivelul plăgii, tresăriri musculare, iritabilitate, insomnie. Unul din semnele caracteristice ale tetanosului este imposibilitatea de a deschide gura, din cauza spasmului muşchilor maseteri (trismus). Aproape concomitent se instalează şi contractura musculaturii scheletice, în special la ceafă, trunchi, cuprinzînd apoi muşchii abdominali şi ai membrelor.

Toxina tetanică are o mare afinitate pentru sistemul nervos, acţionînd în mod deosebit asupra centrilor motori. Aşa se explică starea de contractură musculară permanentă, urmată de tulburări generale şi metabolice.

Contractura musculaturii faciale dă o expresie caracteristică feţei : pleoapele sînt pe jumătate închise, fruntea este încreţită, bolnavul dînd impresia că rîde în mod forţat.

În timpul crizelor, din cauza spasmelor glotice şi ale musculaturii respiratorii, bolnavul se sufocă, se cianozează sau i se pot obstrua căile aeriene, prin intrarea secreţiilor nazofaringiene în laringe. Crizele sînt uneori atît de puternice încît pot provoca rupturi musculare, deplasări sau fracturi osoase. Ele pot fi determinate de diverse excitaţii, cum ar fi : zgomot, lumină bruscă, curenţi de aer sau uşoară atingere cutanată.

Este necesar să subliniem că în prezent *orice îmbolnăvire de tetanos poate fi evitată*, dacă sînt îndeplinite următoarele condiţii :

— Vaccinarea antitetanică să fie efectuată în mod obligatoriu, conform legislaţiei sanitare în vigoare, întregii populaţii, respectîndu-se cu stricteţe nu numai primovaccinările şi revaccinările la copii, ci şi vaccinările de rapel din 5 în 5 ani, prevăzute de lege, la toate vîrstele.

— Populaţia să cunoască şi să fie conştientă de riscul la care se expune prin *sustragerea de la vaccinarea antitetanică ;* de asemenea, să ştie ce atitudine trebuie să adopte faţă de orice rănire ocazională.

— În orice caz de rănire, să se aplice măsurile pe care le vom expune în continuare şi care duc, alături de vaccinare, la înlăturarea pericolului infecţiei tetanice.

În zgîrieturile superficiale, sîngerînde, o simplă spălare a regiunii lezate cu apă şi săpun, urmată de tamponare cu alcool şi aplicarea unui leucoplast steril este suficientă. Este important ca această măsură

să fie aplicată cît mai rapid. Același lucru este valabil și pentru rănile mai întinse și mai profunde, care vor fi spălate însă cu multă grijă, dezinfectate cu apă oxigenată și apoi pansate. Dacă s-au produs zdrobiri de țesuturi, este necesară consultarea cadrelor sanitare, pentru ca plaga să poată fi curățată cu ajutorul instrumentelor chirurgicale, extrăgîndu-se și corpii străini, cheagurile de sînge și tegumentele sau țesuturile necrozate. Rana nu trebuie închisă cu agrafe decît parțial, lăsîndu-se drenuri, pentru ca sîngele și serozitatea să se poată scurge spre exterior. În plăgile prin înțepături în talpă, se va face o mică incizie, pentru a se curăța zona înțepată și pentru a se extrage eventualele așchii, spini sau cioburi de sticlă care au produs rănirea. Plăgile prin mușcături de animale (cîini, pisici etc.) nu vor fi suturate, ci lăsate deschise și pansate cît mai des. În toate situațiile, plaga va fi lăsată să sîngereze un timp, realizîndu-se astfel un proces de „autocurățire". Bineînțeles, vor fi oprite imediat sîngerările abundente, datorită lezării unui vas mare.

De modul cum este făcută „toaleta chirurgicală a plăgii" depinde, în mare măsură, eliminarea rapidă a pămîntului, a prafului și deci a bacililor tetanici ; cu această ocazie se înlătură și alți microbi piogeni ca : streptococul, stafilococul sau piocianicul, fapt care previne și o supurație a zonei rănite.

Îndată ce plaga a fost curățată, se va administra anatoxină tetanică. Dacă rănitul a fost vaccinat recent, este suficient să se injecteze intramuscular preparatul ATPA (anatoxină tetanică purificată și adsorbită).

Persoanelor adulte care s-au sustras de la revaccinarea curentă efectuată la interval de 5 ani, pe lîngă anatoxină tetanică activă, li se va administra și penicilină, în cazul în care plaga este profundă, iar toaleta chirurgicală s-a efectuat cu întîrziere.

În micile răniri, dacă curățirea plăgii s-a făcut precoce și corect, așa cum am arătat înainte, ***nu este necesară administrarea serului antitetanic***, anatoxina fiind suficientă. Atragem atenția că serul dă accidente, prescrierea lui fiind rezervată numai unităților spitalicești competente. Dealtfel, se contraindică, chiar în spital, persoanelor cărora li s-a mai administrat anterior ser antitetanic.

Din cele expuse, rezultă că vaccinarea și revaccinarea antitetanică a întregii populații este măsura cea mai eficace de prevenire a tetanosului. Dacă acest lucru este realizat, în toate cazurile de rănire, curățirea corectă a plăgii și un rapel cu ATPA sînt suficiente pentru a împiedica contractarea tetanosului, boală de excepțională gravitate.

CONF. DR. **MIRCEA ANGELESCU**
SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECȚIOASE
„COLENTINA"

ALIMENTAȚIA RAȚIONALĂ ÎN PREVENIREA ȘI COMBATEREA BOLILOR DE PIELE

În ultimul timp se insistă, în mod justificat, asupra importanței alimentației raționale în menținerea și promovarea stării de sănătate, precum și asupra virtuților curative pe care le posedă dietoterapia. Într-adevăr, îngrijirea multor boli nu mai poate fi concepută astăzi fără un regim alimentar adecvat. Acest lucru este pe deplin valabil și în ceea ce privește afecțiunile pielii.

Astfel, un număr important de dermatoze care beneficiază de dietoterapie și în a căror prevenire și combatere alimentația rațională constituie factor decisiv îl constituie cele alergice. După cum se știe, de foarte multe ori *erupțiile urticariene, prurigourile* (erupții intens pruriginoase, constituite din pete roșii „urzicate", având în centru mici bășicuțe pline de lichid), unele eczeme etc. apar după consumul excesiv de mezeluri, conserve, afumături, condimente, într-un cuvînt după preparate alimentare zise „histaminogene", deoarece asemenea produse conțin precursorii sau favorizează formarea histaminei, substanță răspunzătoare de apariția erupțiilor cutanate în cauză.

Produsele alimentare citate pot duce la agravarea chiar și a unor eczeme zise „endogene", adică generate de tulburări interne, și nu rareori se constată exacerbarea leziunilor cutanate sau generalizarea lor după ingestia de băuturi alcoolice, maioneze, ciocolată sau prăjituri cu ciocolată etc.

Deoarece foarte mulți copii prezintă dermatoze alergice de tip urticarian, prurigo, strofulus, eczemă infantilă etc., atragem atenția asupra necesității unei alimentații supravegheate. În astfel de circumstanțe trebuie evitate cacaua, ciocolata, mezelurile, afumăturile, conservele, cărnurile fezandate, căpșunile, fragii, zmeura, murele, pentru a nu cita decît cîteva exemple mai semnificative.

Acneea rozacee și *dermatita rozaceiformă periorală* reprezintă alte două afecțiuni la care influența alimentației este net observabilă, cu atît mai mult cu cît acestea sînt localizate la față. Aceste dermatoze, constituite din pete

roşii şi pustule, sînt agravate prin ingestia de vin, ţuică sau de alte alcooluri, de condimente şi mîncăruri condimentate, de cafea, cîrnaţi etc.

Unele infecţii ale pielii şi ale mucoaselor sînt favorizate de consumul neraţional de dulciuri şi făinoase. Aşa, de exemplu, *candidozele* – îmbolnăviri provocate de o levură, *Candida albicans* –, localizate fie în plici, fie pe mucoasa bucală şi (sau) genitală, survin foarte frecvent la persoane care prezintă tulburări ale metabolismului glucidic, determinate tocmai de folosirea excesivă a alimentelor cu un înalt conţinut de hidrocarbonate (pîine, macaroane, fidea, orez, zahăr, prăjituri).

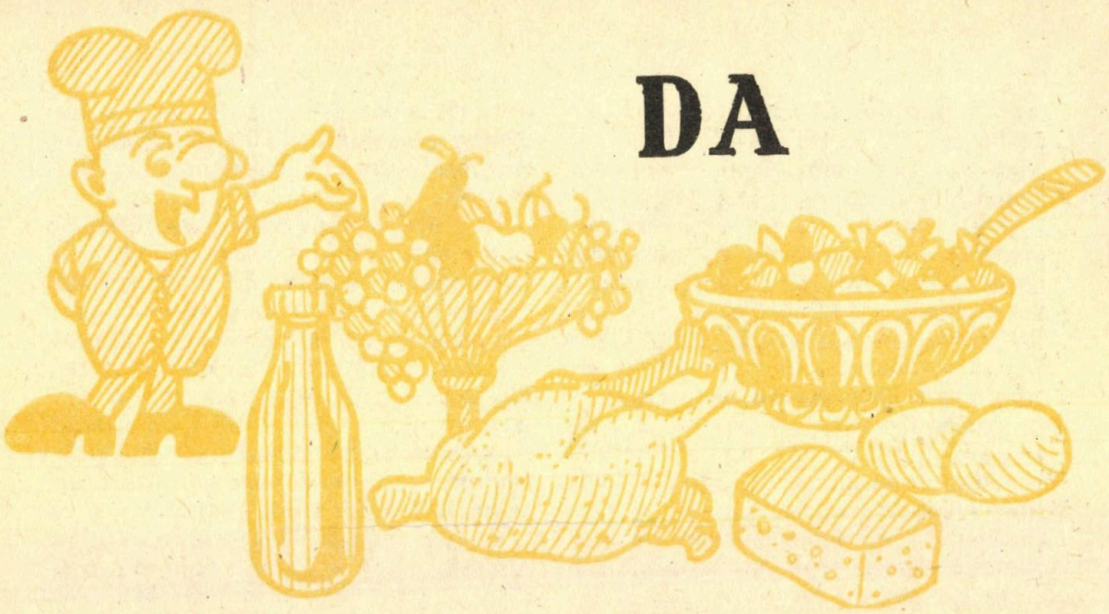
De asemenea, *furunculozele*, infecţii stafilococice ale pielii, foarte supărătoare prin caracterul lor recidivant, survin adesea în legătură cu aceleaşi tulburări metabolice menţionate. Se înţelege că tratarea corectă a acestor boli nu poate decît să includă şi măsurile de alimentaţie raţională, respectiv reglementarea consumului de dulciuri şi făinoase.

O altă categorie de patofenomene cutanate, asupra cărora modul de alimentaţie îşi spune cuvîntul, sînt *pruritele*. Manifestate cu deosebire prin mîncărimi, uneori din cele mai supărătoare, şi avînd fie un caracter difuz, fie rămînînd localizate perianal, perigenital etc., aceste afecţiuni sînt accentuate de băuturile alcoolice şi, mai ales, de alcooluri concentrate, de folosirea neraţională a cafelei, ciocolatei, condimentelor, cărnurilor, mezelurilor etc.

O grupă aparte de boli de piele, în tratamentul cărora dieta constituie o componentă esenţială, o reprezintă acelea care au ca substrat modificări ale metabolismului grăsimilor şi al proteinelor. Astfel, îngrijirea *xantomatozelor*, leziuni cutanate reprezentînd depozite lipidice, colesterolice, ca urmare a unor tulburări în metabolismul grăsimilor, nu poate fi concepută fără un regim alimentar sărac în grăsimi.

O altă boală de piele de origine dismetabolică – *porfiria cutanată tardivă a adultului* – manifestată prin bule ce apar pe mîini şi pe faţă după expunerea la soare, ca şi după cele mai neînsemnate traumatisme, constituie un exemplu foarte grăitor în legătură cu efectele nefaste ale consumului de alcool, deoarece boala în cauză este consecinţa directă a alterărilor hepatice provocate de alcool.

Cercetări întreprinse în anii din urmă au arătat că şi alte afecţiuni cutanate beneficiază de măsuri dietetice. Astfel, o dermatoză cunoscută sub numele de *boala Duhring-Brocq*, caracterizată printr-o erupţie buloasă pruriginoasă, beneficiază de un anumit tratament medicamentos numai dacă se asociază concomitent şi un regim fără sare, fără iod şi fără gluten (principiu alimentar conţinut mai ales în pîinea albă şi făinoase).



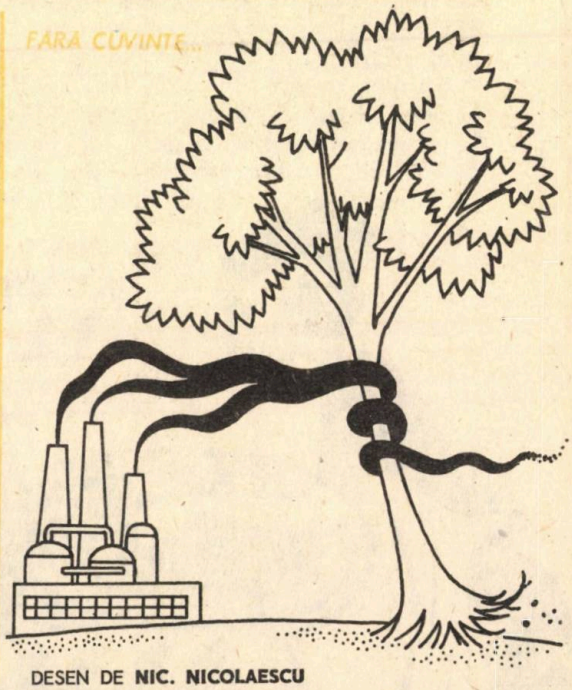
DA

De asemenea, rezultate bune au fost obținute în îngrijirea *psoriazisului*, în condițiile asocierii unei diete hipocalorice la medicația corespunzătoare, proprie acestei afecțiuni.

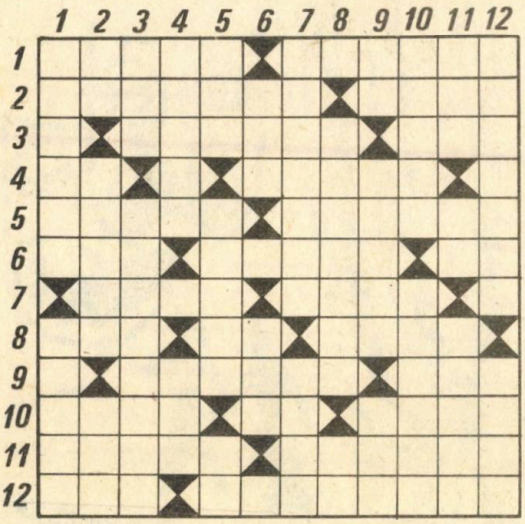
Constatăm, prin urmare, că dietoterapia are largi aplicații în terapeutica dermatologică, alimentația rațională contribuind la prevenirea și combaterea unui însemnat număr de afecțiuni ale pielii.

CONF. DR. **AL. BĂDĂNOIU**
CLINICA DERMATOLOGICĂ,
FACULTATEA DE MEDICINĂ, CRAIOVA

DESEN DE **NIC. NICOLAESCU**



DESEN DE **NIC. NICOLAESCU**



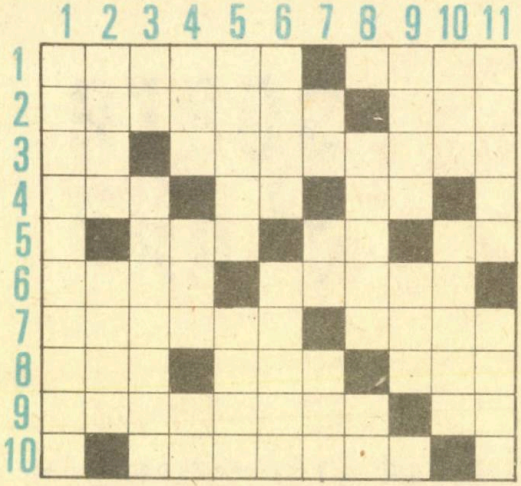
soare și apă

ORIZONTAL : 1. Trimite zîmbete fierbinți celor de pe plajă — Plajă celebră, perlă a litoralului românesc. 2. Poet român contemporan, autorul poeziei „Pe o plajă cu nisipul vibrînd“ (Gheorghe) — Arbori ce străjuiesc majoritatea ștrandurilor (sing.). 3. Poetă română de o mare sensibilitate, autoarea poeziei „Mă scald în zi“ (Magda) — După ce ieși din apă (fem.). 4. Din Mamaia ! — „Plajă la...“, tablou de N. Grigorescu. 5. Pudra argintie... de pe plajă — Vremea plajelor arhipline. 6. Poporul lui Decebal — În locul nisipului, pentru cei care fac plajă la munte — În baie ! 7. Dosare — „...de valuri la Mamaia“, melodie de Laurențiu Profeta. 8. Localitate în Turcia — La plajă ! — Porumb scurt, cu boabe rare (reg.). 9. Figuri geometrice — Localitate în Portugalia. 10. Alt poet român contemporan, autorul poeziei „Scaldă“ (Tiberiu) — Yvonne Ionescu — Pe malul său se face plajă la Timișoara. 11. Mai mult decît cald — Îți arde pielea. 12. Șoricar (reg.) — Se realizează stînd la plajă.

VERTICAL : 1. Vopsitorie de piele — ... sezonieră — Poezia „Pe plajă“ aparține acestui poet român (Nicolae). 2. Două cercuri ! — Plajă celebră pe coasta Floridei — În plin. 3. „Bel...“, roman de Maupassant — Îmbăiere. 4. Se coc la soare și se fac chiar... roșii — Din inimă ! 5. Localitate în Franța — Se bronzează sub acțiunea razelor solare — Doina Busuioc. 6. Insulă daneză — Dirijorul din opereta „Întîlnire cu dragostea“ de N. Kirculescu, venit să-și petreacă concediul de odihnă pe litoral. 7. Mușchi al inimii — Merge cu Porto (nu-i vin !). 8. Petrecere — Are doar o vară. 9. Metru pătrat (abr.) — A curăța (fig.) — Munte în Maroc. 10. Arbuști de prin pădurile noastre — Provoacă o sete nestinsă... mai ales plantelor. 11. Element chimic din grupa halogenilor — Luată-n spate ! — Autorul melodiilor „Oglinzile mării“ și „Vara la Mamaia, iarna la Sinaia“ (Eugen). 12. Apă, în exces — Are o plajă... vastă ca ea.

Dicționar : TIL, RAET, CEM, UIE, EZA, ENO, BUZ.

ADAM STOICA



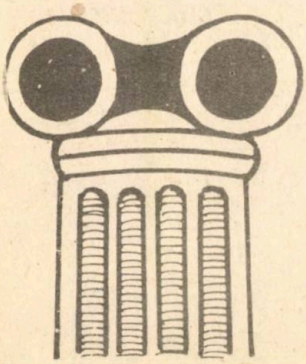
TEATRU

ORIZONTAL : **1.** Reputat dramaturg român contemporan, autorul piesei „Căsnicia doctorului Crîstea" (Paul) — Soţia medicului Toma Dărăscu din piesa „Febre" de Horia Lovinescu. **2.** Scriitor rus (1828—1910) de talie universală (Lev Nicolaevici) ! „Cadavrul...", piesa scriitorului rus amintit anterior. **3.** Dînşii — Medicul judeţean din comedia „Revizorul" de N. V. Gogol (Ivanovici Hibner). **4.** Animal nordic — Aflat la conducere ! — Primele vocale. **5.** Observaţie (abr.) — Plantă textilă — Merge în frunte ! **6.** Rîu în Spania — Medicul chirurg din piesa „Omul care face minuni" de Radu F. Alexandru. **7.** A sonda — Rîu în India. **8.** Titlul unei piese într-un act de Paul Everac — A desţeleni pămîntul — Peşte marin. **9.** Autorul piesei „Albastru-deschis", în care cele două personaje sînt Doctoriţa şi Necunoscutul (Dan) — Sud-est. **10.** Personaj feminin din piesa „Doctor Faust, vrăjitorul" de Victor Eftimiu.

VERTICAL : **1.** „Alibi pentru...." piesă de Dan Tărchilă, în care un medic descoperă, în contextul unor întîmplări cu alură tragică, dragostea statornică a inginerei geolog Ela Cernat, prietenă din timpul anilor de studenţie. **2.** „Doctor fără...", piesă de Molière — Soţia medicului Valeriu din piesa „Explozie întîrziată" de Paul Everac. **3.** Dînsul — Actor român (1859—1935), din ale cărui creaţii memorabile amintim rolul titular din piesa „Medicul în dilemă" de G. B. Shaw (Constantin). **4.** Republica Socialistă Cehoslovacă — Orăşel în insula Luzon (Filipine) — Corina Nicolau. **5.** Ademenit — Bani peşin (od.). **6.** Caschetă de hîrtie — Medicul din piesa „Napoli, oraşul milionarilor" de Eduardo de Filippo (Morales). **7.** Sînt — Serveşte ! — Fluviu în Anglia. **8.** Personaj feminin din piesa „Căsnicia doctorului Cristea" de Paul Everac — Posezi. **9.** Lac în Elveţia — Etcetera (abr.). **10.** Prenume feminin — Unul dintre cele cinci simţuri. **11.** Luna a şasea — „ ...doctorului Bărăgan", piesă de I. D. Şerban (neart.).

Dicţionar : IFTA, ATRI, BAO, NAHT, ALN, EVIE.

ADAM STOICA



SOARELE

PRIETEN ŞI „INAMIC“ AL PIELII

CONF. DR. **AL. BĂDĂNOIU**
CLINICA DERMATOLOGICĂ
FACULTATEA DE MEDICINĂ, CRAIOVA

Acţiunea binefăcătoare a expunerilor la soare este îndeobşte cunoscută. Toate preceptele medicale susţin efectele sanogenetice pe care le exercită băile de soare.

Nu este şi nici n-ar putea fi în intenţia noastră să negăm ceea ce experienţa omenească, în general, şi aceea medicală, în particular, a confirmat fără putinţă de tăgadă. Am dori numai să arătăm în ce condiţii soarele din prieten poate deveni un adevărat „inamic“ al pielii.

Ne referim mai întîi la ceea ce se întîmplă atunci cînd, fără o pregătire prealabilă şi gradată, expunerea la soare se face dintr-odată şi timp mai îndelungat, adică 2—3 ore sau mai mult. La puţin timp după aceea, părţile expuse capătă o culoare roşie aprinsă, se umflă, devenind, în acelaşi timp, sediul unor intense arsuri şi dureri. Uneori, pe acest fond mai apar şi mici băşicuţe pline cu lichid. Survine ceea ce poartă numele de **eritem** sau **arsură solară.**

Deosebit însă de acest accident cu caracter acut, generat de expunerea neraţională la soare, merită să reţinem o altă consecinţă nefastă a expunerilor îndelung repetate la soare. Este vorba de **keratozele actinice,** leziuni denumite astfel, deoarece corelaţia dintre radiaţiile luminoase şi apariţia lor este aceea de la cauză la efect. Aceste leziuni, de obicei degenerative, apar de predilecţie pe faţă, întrucît această zonă este cea mai expusă radiaţiilor solare.

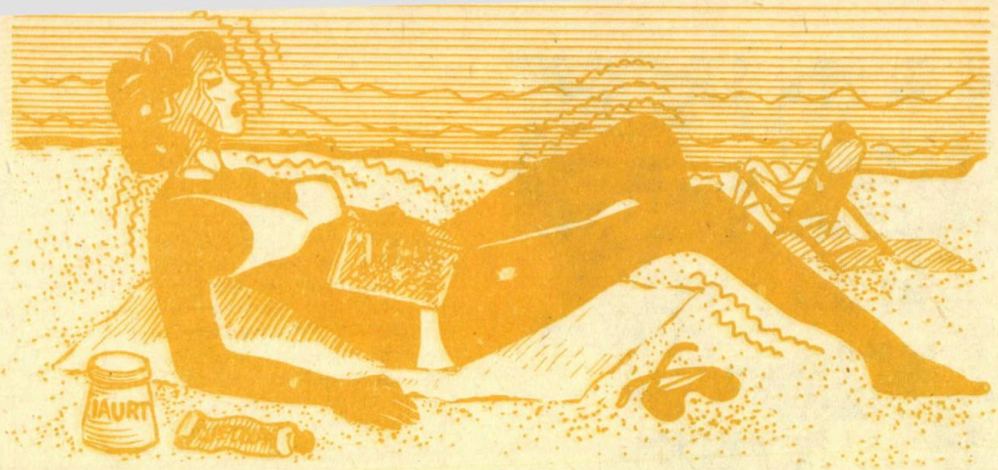
Atingerile cutanate în cauză survin în special după vîrsta de 50 de ani şi se prezintă la început ca nişte mici pete brun-cenuşii, aspre la pipăit, dispuse pe frunte, pe dosul nasului şi pe obraji. Cu timpul, ele se măresc, se acoperă cu o coajă aderentă şi — dacă nu sînt diagnosticate şi tratate la timp — se ulcerează, suferind o transformare malignă, epiteliomatoasă.

Mai susceptibile să dezvolte asemenea leziuni sînt persoanele blonde, cu pielea extrem de subţire şi de culoare deschisă, cu ochi albaştri, deoarece tegumentele lor — datorită unei slabe pigmentări — au o capacitate mai redusă de apărare faţă de razele solare şi mai ales faţă de acelea din spectrul ultraviolet, care sînt şi cele mai agresive pentru piele.

Pe de altă parte, expunerea excesivă la soare este răspunzătoare şi de degenerescenţa ţesutului elastic al pielii feţei, fapt care se traduce atît prin apariţia de riduri, cît şi prin aspectul de îmbătrînire precoce a feţei.

Modificările descrise — keratozele actinice şi elastorexia actinică — nu au numai implicaţii de ordin estetic. Ele prezintă şi riscul degenerării, motiv pentru care nu este suficient să fie îngrijite cu atenţie, ci trebuie prevenite din timp, cu atît mai mult cu cît profilaxia lor este foarte simplă, constînd din evitarea expunerilor îndelungat repetate la radiaţiile solare.

Considerăm oportun să mai atragem atenţia şi asupra posibilităţii apariţiei unor fenomene patologice cutanate, de-

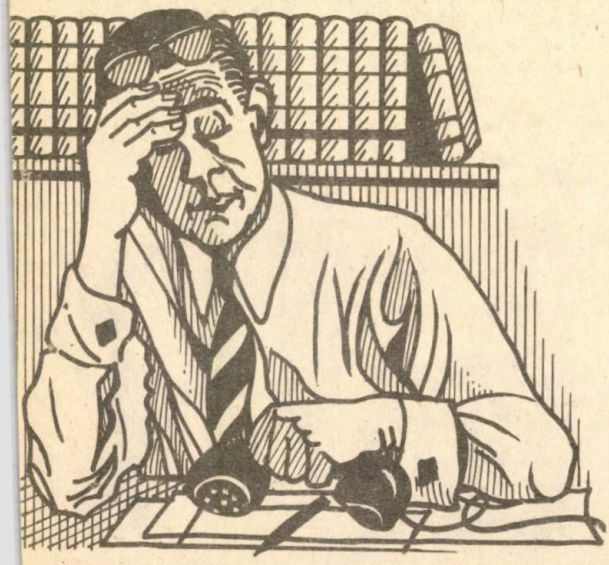


terminate de acțiunea razelor luminoase în asociere cu alți factori. Astfel, expunerea la soare în cursul unor tratamente cu tetracicline, cu sulfamide sau cu fenotiazine (Romergan, Largactyl, Plegomazin) poate fi urmată de erupții cutanate interesînd nu numai fața, ci avînd un caracter generalizat.

Unele afecțiuni ale pielii, cum ar fi **acneea rozacee** sau bolile de sistem ca, de exemplu, **lupusul eritematos**, sînt agravate de expunerea la lumină, după cum leziunile cutanate legate de tulburări metabolice, de felul **porfiriei cutanate tardive a adultului**, sînt precipitate în apariția lor de expunerea la soare. De asemenea, nu trebuie ignorate nici modificările tegumentare din zonele expuse, care survin la consumatorii de băuturi alcoolice, drept urmare a tulburărilor lor digestive.

Constatăm, așadar, că în anumite circumstanțe, soarele poate exercita influențe nefaste asupra pielii. Cunoașterea acestora constituie una din premisele prevenirii lor.

STRES și boală



Termenul de stres, folosit din ce în ce mai mult în vorbirea curentă, este un cuvînt de origine engleză, care înseamnă forță, apăsare, constrîngere, suprasolicitare, agresiune. Acest termen, întîlnit atît de frecvent, este redat în variate forme, expresii și sensuri.

Astfel, o situație stresantă **este definită de o stare de amenințare, de existență a unor factori agresivi imediați, la care este supus organismul, iar starea de stres presupune o depresiune biologică, reflectînd uzura organismului și răspunsul fiziologic și psihologic la acțiunea factorilor stresanți.**

Acești factori de agresiune, acești excitanți exogeni sau endogeni, care duc în final la stări subiective neplăcute, sînt foarte variați : fizici, chimici, biologici, psihosociali. Și dacă unii factori sînt simpli (loviri, arsuri, agresiuni microbiene, zgomot), alții, dimpotrivă, sînt foarte

complecși (stări de tensiune, nemulțumiri permanente, stări conflictuale, constrîngeri, eșecuri, suprasolicitare, cataclisme naturale, foamete, războaie, schimbări sociale etc.).

Deși agresiunea factorilor externi asupra organismului și modalitatea de răspuns a acestuia a preocupat de mult pe oamenii de știință, cel care a conturat pentru prima dată conceptul de stres într-o teorie unitară a fost Hans Selye, care, în 1950, plecînd de la ideea că organismul, sub acțiunea unor factori agresivi, întîi reacționează în general și după aceea face o anumită boală, descrie așa-numitul sindrom general de adaptare, care-i poartă numele și care a însemnat un fapt important în înțelegerea fiziopatologiei umane.

Stresul este, după H. Selye, suma tuturor modificărilor nespecifice, care produc în organism o serie întreagă de reacții, de dezechilibre ; el reprezintă gradul de uzură a organismului.

Agenții stresanți, acționînd asupra organismului, determină un proces de apărare nespecifică — adaptarea. Acest sindrom de adaptare evoluează, după Selye, în trei stadii : stadiul de alarmă, stadiul de rezistență și stadiul de epuizare.

În cursul stadiului de alarmă sînt mobilizate toate forțele de apărare. Aceasta se realizează prin hiperreactivitatea glandelor suprarenale sub influența stimulilor veniți pe calea hipotalamo-hipofizară și prin fibrele simpatice. Hormonii corticoși medulosuprarenali determină o serie de manifestări somatice (paloare, accelerarea respirației și a bătăilor cardiace, creșterea tensiunii arteriale, tulburări digestive), precum și manifestări psihice (incertitudine, neliniște, teamă, agitație, angoasă). În cel de-al doilea stadiu, de rezistență, se menține adaptarea la acțiunea agentului stresant, prin reacții ale metabolismului glucidic și ale proceselor imune.

În stadiul de epuizare, adaptarea nu mai poate fi menținută și apărarea hormonală cedînd, apare boala.

In ultimii ani, prin extrapolarea acestor procese de agresiune în domeniul psihologic sau psihosocial, s-au pus în evidență aspecte de trecere de la situația stresantă la starea de stres și, ulterior, către fenomene morbide.

De-a lungul întregii sale istorii, omul s-a constituit ca o structură unitară între mediul ambiant și organismul său, între societate și propria personalitate. Caracteristicile mediului au influențat reacțiile sale, dezvoltarea sa structurală și funcțională, trăsăturile sale biologice. Omul nu poate fi conceput în afara sistemului său ecologic.

Procesul adaptării ecologice a omului presupune menținerea echilibrului funcțiilor sale biologice, psihologice și sociale. Influențele ecologice acționează fie în sens sanogenetic, stimulativ-evolutiv, fie în sens morbigenetic, involutiv. Viața omului este o permanentă luptă pentru menținerea acestui echilibru în permanență amenințat.

Dar însușirea deosebită a ființelor vii și, mai ales, a omului constă în gradul mare de adaptabilitate la schimbările survenite în sistemul ecologic, schimbări de care a depins evoluția sa, iar adaptabilitatea a însemnat supraviețuirea sa.

Apariția unor schimbări, a unor factori stresanți majori, pun capacitatea de apărare a organismului în fața unor situații grele. În raport cu natura stresului, cu intensitatea sau violența sa, dar în raport și cu unele însușiri biologice ale organismului uman (factori genetici, „antrenament", „învățare", „experiență"), adaptarea este posibilă, eficientă sau, dimpotrivă, omul se lasă copleșit, handicapat. Se realizează în acest caz un sindrom de neadaptare, care se poate traduce prin tulburări grave ale organismului — funcționale și morfofuncționale — a căror expresie este boala.

Societatea contemporană și mediul social ultracivilizat includ o multitudine de factori, care devin pentru omul neadaptat, în condițiile trecerii de la o situație la alta, factori stresanți. În condițiile ritmului accelerat al vieții moderne, ale diversității și noutății („șocul noului"), ale valului de informație care trebuie prelucrată și asimilată, ale deciziilor rapide în criză acută de timp, unul din factorii cei mai obișnuiți

ai stresului psihic îl constituie suprasolicitarea. Omul are o capacitate limitată în primirea și prelucrarea informației. Suprasolicitarea sistemului nervos reduce mult randamentul mintal și duce la instalarea unei stări nevrotice. Viața urbanizată și industrializată, caracterizată prin aglomerare demografică, implică, în afara poluării mediului ambiant, un ritm de viață trepidant, accelerat, nefiresc.

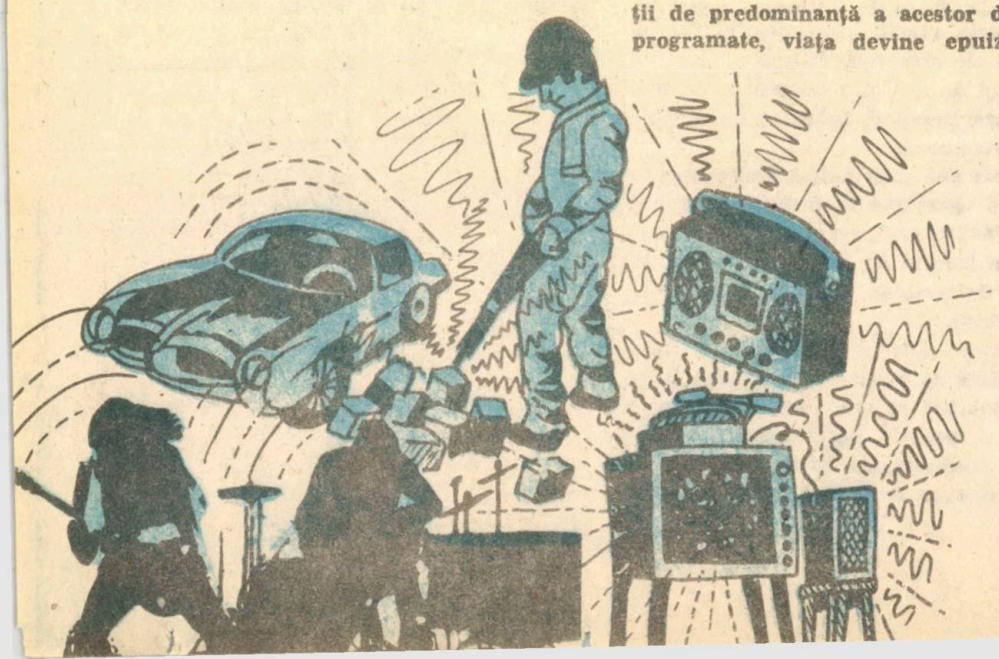
Efortul de acomodare al individului la exigențele societății de consum duce în mod inevitabil la conflicte și contradicții, care afectează personalitatea omului.

Cînd mecanismele de adaptare a personalității umane eșuează, comportamentul ia o formă net aberantă, de tipul reacțiilor tensionale, de neliniște (angoasă), cu transferarea acestuia în sfera patologicului. Și astfel se trece de la angoasă la nevroză.

Condițiile de viață în societatea modernă mai presupun și o permanentă bombardare a simțurilor, datorită multitudinii de stimuli stresori (zgomot, trepidații, muzică modernă-rock), care produc efecte bulversante asupra organismului. Aceasta obligă uneori la fuga de aglomerație, de zgomote, la abuz de droguri sau retragere în locuri liniștite.

În fața acestei situații, este necesar să se găsească soluții care să restabilească echilibrul și armonia dintre om și mediul său de viață, dînd posibilitatea individului să se adapteze cît mai bine și mai durabil la viața modernă, în folosul său și al comunității umane.

Una din tulburările frecvente ale adaptării în condițiile de accelerare accentuată a ritmului de activitate, în care omul trebuie să aibă reacții rapide în fața noilor situații care se ivesc în viața sa, o constituie stresul decizional. În mod obișnuit, omul ia decizii simple în fața unor situații repetabile, a unei activități rutiniere, care se bazează pe criterii simple, totdeauna aceleași, și care nu necesită, de cele mai multe ori, nici un efort de gîndire. Acestea sînt deciziile „programate", care se fac cu un cost psihic scăzut. Predominanța în viața omului a deciziilor programate duce la monotonia ei. În afara acestora însă, în activitatea omului intervin și situații neobișnuite, care se abat mult de la stereotip și care necesită din partea individului un efort de gîndire deosebit, pentru ca evaluînd un mare număr de parametri și prelucrînd un mare volum de informații, la un moment dat să elaboreze o decizie „neprogramată", cu un cost psihic ridicat. Schimbările frecvente, inditul (schimbarea locului de muncă, a mediului cultural, recalificarea, integrarea noutăților provenite din progresul tehnic în activitatea profesională, căsătoria, divorțul, funcții și responsabilități noi etc.) presupun reprogramări în viața omului, crescînd starea de tensiune intrapsihică, fapt care duce în final la apariția unei stări de neliniște, la anxietate. În condiții de predominanță a acestor decizii neprogramate, viața devine epuizantă, su-



prasolicitarea este maximă, omul este depășit, nu se poate adapta și astfel apar fenomene morbide.

Stresul decizional se poate traduce în diferite forme ca: refuzul categoric (blocarea noilor informații, ca și cum acestea ar fi lipsite de valoare), ceea ce duce la o sărăcire a personalității; specializarea (refugierea într-un domeniu îngust de activitate); obsesia și nostalgia trecutului, cu formele sale de viață și activitate inaplicabile prezentului și care chinuie conștiința individului; tendința la simplificare, la soluții „unice", care ar putea „rezolva" situațiile stresante. Apar astfel dificultăți de adaptare, care degenerează în acțiuni violente ce influențează gîndirea și creează imagini denaturate ale realității. Iau naștere confuzii decizionale, de comportament, neîncredere în sine, tensiune, oboseală și boală.

Dar stresul psihosocial are și particularități care țin de individ, de receptivitatea acestuia. El are implicații asupra sănătății omului, în raport de caracteristicile biologice și de personalitatea acestuia. S-a descris un tip de „personalitate A", care cuprinde indivizii muncitori, activi, rigizi, hiperconștiincioși, ușor vulnerabili atunci cînd se schimbă ritmul vieții.

Așa-numitele boli psihosomatice constituie ilustrarea relației dintre stres și boală. Sub influența factorilor stresanți amintiți, în diferite ipostaze, stările de stres pot duce la instalarea unor entități morbide ca: nevroze, psihoze, hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică cu angină pectorală sau infarct de miocard, tulburări funcționale cardiace, astm bronșic, tulburări funcționale respiratorii, gastrite, ulcer gastroduodenal, diskinezii biliare, colopatii funcționale, rectocolită ulcero-hemoragică etc. În privința bolilor psihonevrotice, tipurile cele mai predispuse la îmbolnăvire sub influența stresului ar fi temperamentele angoasate, indivizi care au tendința de a deplasa agresivitatea spre interior, favorizînd starea de nevroză.

Cu toate că în anumite situații factorii stresanți sînt aceiași, bolile determinate sînt diferite. Aceasta se poate explica prin faptul că omul are o structură genetică și o reactivitate proprie față de stres.

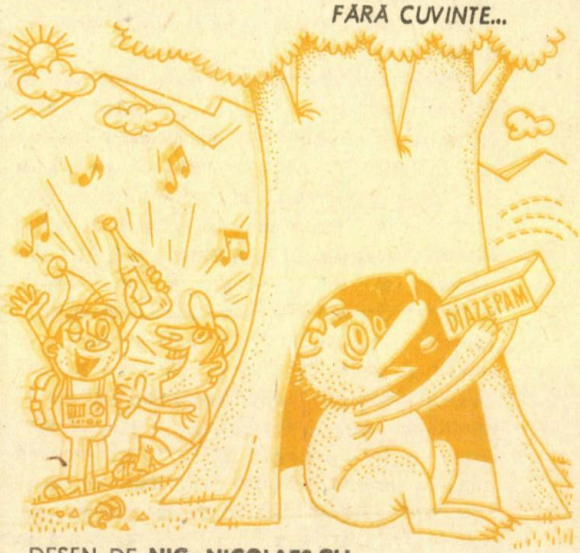
Rezultă deci o interdependență între stres și boală. Prin forța lui de adaptare, omul se dovedește foarte puternic, dar și foarte fragil. El poate fi depășit de stres și aruncat în domeniul patologicului, în boală, dezorganizîndu-l biologic, psihic și social.

Activitatea omului, societatea, progresul cultural, științific și mai ales tehnic, nesiguranța, teama de viitor, spectrul războiului atomic, toate acestea asaltează spiritul fără repaus, îl traumatizează.

Sperăm ca inteligența omului să se dovedească superioară acestei amenințări și să găsească soluțiile cele mai potrivite pentru îndepărtarea sau anihilarea factorilor stresanți, cunoscînd că odată declanșată starea de stres, evoluția sa poate fi imprevizibilă.

CONF. DR. **GH. BUCUR**
CLINICA MEDICALĂ, SPITALUL „BRÎNCOVENESC"

FĂRĂ CUVINTE...



DESEN DE **NIC. NICOLAESCU**

DEPRESIA

ÎNTRE TRISTEȚE ȘI SUICID

VIAȚA AFECTIVĂ

În orice moment al existenței sale, individul desfășoară o bogată și extrem de nuanțată atitudine față de situațiile de viață, față de realitatea înconjurătoare. Aceste atitudini exprimă universul subiectiv al individului, personalitatea sa. În structura psihică a omului, viața afectivă constituie o prezență continuă, ea reprezentînd procesul psihic cel mai legat de personalitate, prin intermediul căruia individul își manifestă existența sa unică, irepetabilă.

Stările afective se caracterizează printr-o încărcătură emoțională, dezvoltînd reacții diferite de la o persoană la alta. Dacă la unele persoane reacțiile emoționale sînt uneori însoțite de manifestări furtunoase, dominate de o înaltă tensiune afectivă, aceasta nu presupune o stare de afect patologic, persoana respectivă restrîngîndu-și doar cîmpul conștienței la un eveniment conflictual. Dimpotrivă, în stările de afect patologic, persoana își pierde capacitatea de discernămînt al faptelor și al consecințelor acestora, canalizîndu-se către o imaginară linie de tristețe, depresie, melancolie.

DISPOZIȚIA

Este o stare afectivă de o intensitate medie, care colorează pe o perioadă mai lungă sau mai scurtă de timp reflectarea

realității și întreaga conduită a individului, sub influența unor impulsuri din afară sau axate pe o sensibilitate specifică, proprie fiecărui individ.

Starea de dispoziție prezentă la un moment dat are un determinism cert, chiar dacă acesta este mai puțin clar.

Dispoziția poate fi considerată ca un adevărat seismograf al homeostaziei organismului. El înregistrează orice modificare într-un sens sau altul, apărută în vreun sistem sau aparat al acestei sofisticate „mașini superioare" reprezentate de ființa umană. În acest sens, putem vorbi de o dispoziție mai bună sau mai rea, în funcție de caracterul mai mult sau mai puțin agreabil sau chiar dezagreabil al rezultatului modificărilor produse.

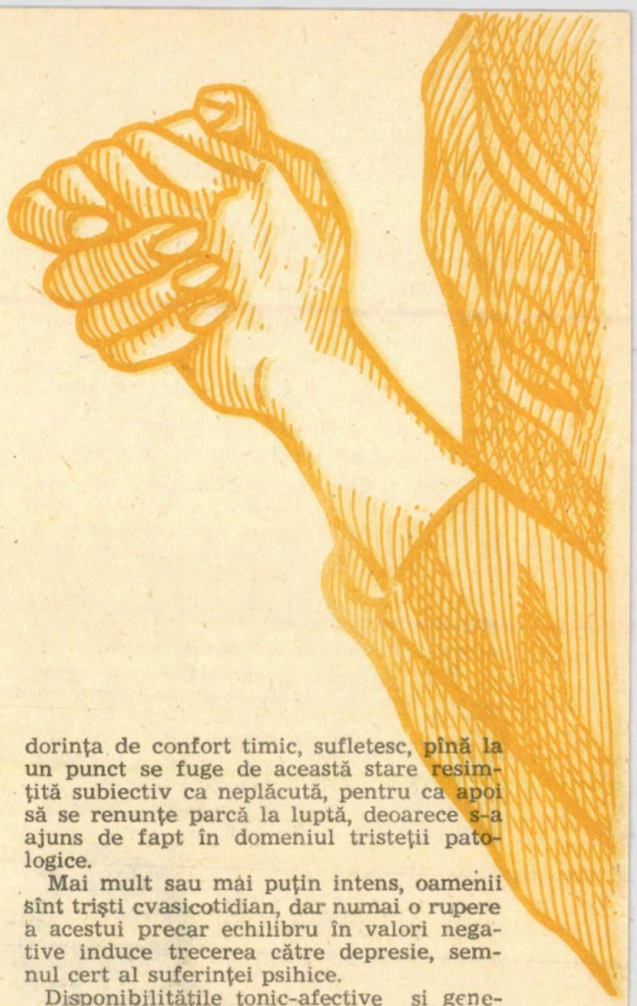
Dar dispoziția nu este o reflectare pasivă a condițiilor exterioare în care se găsește individul. Oamenii cu o viață sufletească bogată în conținut și cu un caracter puternic pot să-și păstreze, în cele mai grele condiții, o dispoziție relativ bună, însuflețitoare. Ei reușesc chiar să găsească satisfacție și bucurie în elemente aparent îndepărtate de sensul real semantic al noțiunii. Mai mult chiar, unii cercetători forțează nota, exprimîndu-se că într-o măsură oarecare omul este stăpînul propriei sale dispoziții.

TRISTEȚEA — CONDIȚIE A EXISTENȚEI?

Fondul dispozițional negativ, cea mai banală, mai obișnuită și mai frecventă stare, este atît de răspîndit încît devine aproape o condiție fundamentală a vieții sufletești.

Tristețe, depresie, melancolie sînt termeni al căror uzaj a depășit de mult granițele stricte ale specialiștilor psihiatri, fiind prezenți în vocabularul curent al celor mai diferite categorii sociale. Și totuși este foarte greu să definești sau chiar să descrii exact această atît de obișnuită tristețe, despre care s-a spus: „Trebuie să știi să fii trist, pentru ca să te regăsești în tristețea lumii". Oricum, disponibilitatea generală și de moment, de înțelegere, de pătrundere în universul de tristețe al altuia, presupune o tensiune emoțională deosebită.

Tristețea, ca și neliniștea, apare aproape ca o condiție, dacă nu a existenței noastre, cel puțin a habitusului de moment. Prin frecvența sa impresionantă, ea poate fi asimilată cu cea mai susținută tendință de autodepășire, în scopul de a ieși din starea sufletească apăsătoare, deprimantă, chiar dacă, paradoxal, binomul tristețe-depresie presupune apatie, inactivitate. În



dorința de confort timic, sufletesc, pînă la un punct se fuge de această stare resimțită subiectiv ca neplăcută, pentru ca apoi să se renunțe parcă la luptă, deoarece s-a ajuns de fapt în domeniul tristeții patologice.

Mai mult sau mai puțin intens, oamenii sînt triști cvasicotidian, dar numai o rupere a acestui precar echilibru în valori negative induce trecerea către depresie, semnul cert al suferinței psihice.

Disponibilitățile tonic-afective și general adaptative acționează însă continuu, reușind să contrabalanseze, pînă la un anumit nivel, tristețea. Restul înseamnă boală și poate mai mult decît atît, renunțarea la luptă, la propria existență.

STĂRILE DEPRESIVE

Depresia este expresia unor manifestări morbide, caracterizate printr-un tablou clinic dominat de un sentiment al durerii morale, al inutilității și devalorizării.

În stările depresive trăirile sînt puternice, dispoziția este deprimată, lipsită de voioșie, activitatea este scăzută, iar ideația lentă și monotonă. În tot ceea ce făptuiește, în tot ceea ce simte, depresivul întrezărește nenorocirea, conținutul trăirilor sale este dureros, trist, amenințător.

Trebuie menționat faptul că tot mai mulți bolnavi cu acuze depresive se prezintă azi la serviciile de psihiatrie, cu toată reticența unora de a-și expune suferințele morale, ideile de inutilitate, incurabilitate, autoacuzare.

DEPRESIA REACTIVĂ

Există un grup polimorf de afecțiuni psihice și nevrotice în determinismul cărora intervin ca factori etiologici principali traumele psihice.

Particularitățile psihologice premorbide ale indivizilor acționează în sensul rezistenței la factorul traumatizant (există oameni tari, care își stăpînesc teama, mînia, dar și oameni slabi, care se lasă covîrșiți de evenimente, își pierd controlul propriilor lor acțiuni, exteriorizîndu-se imediat).

În afara rezistenței, forma pe care o îmbracă răspunsul este tot o funcție a individualității fiecăruia (în fața unor primejdii neașteptate, unii reacționează prin fugă, alții însă sînt gata de luptă).

Acest grup de afecțiuni psihice și nevrotice, care au ca element comun preponderența factorilor psihotraumatici, este dominat cantitativ de depresiile reactive. Depresia apare astfel ca o modalitate de răspuns în cazul modificării dimensiunilor existențiale ale persoanei. Diferitele modalități de frustrare fizică și morală, pierderea unei ființe dragi, pierderea sau degradarea unui obiect, a unei valori de care persoana a fost legată, nerealizarea unor aspirații, conflictele familiale au ca răspuns frecvent reacția depresivă.

Spre deosebire de individul normal deprimat, care-și continuă existența în parametrii raționali, aproximativ apropiați de cei dinaintea nenorocirii sale personale, cei cu depresie reactivă rămîn aproape exclusiv dominați de sentimentul nenorocirii. Relațiile lor cu anturajul se rezumă de obicei la destăinuirea suferinței lor morale, la situația lor fără ieșire.

Toate trăirile depresive, indiferent de intensitatea lor, păstrează germenele unei atitudini apatice, unei marcate lipse de inițiativă. Fenomenele sale ideatorii sînt orientate în mod prevalent către evenimentul care a produs reacția. Iar dacă depresia atinge intensitatea disperării, gîndul autosuprimării devine dominant, fiind uneori concretizat în tentative mai mult sau mai puțin elaborate, reușite sau nereușite, de sinucidere.

Pe acest fond general depresiv se pot grefa nuanțe anxioase, insomnii, cefalee, senzații nepl.ăcute în diferite regiuni ale corpului sau organelor interne.

În general, către acest mod de reacție sînt înclinate persoanele cu labilitate emoțională și în special cele cu proastă dispoziție cronică.

CRIZELE SUFLETEȘTI

Se consideră că multe stări nevrotice etichetate drept neurastenice nu sînt alt-

ceva decît expresia unor „crize sufleteşti". Ele reprezintă de fapt o parte a depresiilor reactive.

Aceste fenomene sînt cel mai uşor de înţeles atunci cînd apar foarte aproape în timp de trăirea respectivă. În această categorie se pot îngloba toate neplăcerile profesionale, intime. Tot crize sufleteşti sînt şi cele care apar în condiţii speciale (detenţie, război, accidente grave), predominant la persoane care răspund prin afecte puternice la orice eveniment.

Tensiunile sufleteşti tind de obicei să se descarce, să se descătuşeze. Metamorfozarea unui chin sufletesc într-o expresie nevrotică echivalează cu o descărcare, iar coloratura depresivă este de departe cea mai adecvată situaţiei respective.

DEPRESIA ÎN SITUAŢII-LIMITĂ

Reacţiile depresive în situaţii-limită au fost descrise în mod magistral de către renumitul psihiatru Kral, care semnează una din cele mai interesante, originale şi mai documentate lucrări. Este un studiu cutremurător asupra reacţiilor depresive prezente la subiecţii analizaţi în condiţii de lagăr.

Acest psihiatru, care a observat aproximativ 140 000 de deţinuţi dintr-un lagăr nazist, relatează că după două săptămîni de adaptare la condiţiile inumane de existenţă, **reacţiile de panică şi tentativele de suicid deveneau extrem de rare.**

Mai mult decît atît, fenomenele nevrotice prezentate cu mult înaintea internării în lagăr de mulţi pacienţi au dispărut aproape în totalitate.

După eliberarea din lagăr, o serie de subiecţi au acuzat din nou supărătoare fenomene nevrotice, ba chiar numărul celor cu astfel de simptome a crescut considerabil. Aceste fapte dovedesc că omul supraameninţat în însăşi existenţa sa îşi poate aduna toate disponibilităţile de forţe, încercînd să depăşească faza critică.

Parafrazîndu-l deci pe Kral „În faţa morţii nu mai există depresie".

MELANCOLIA

Melancolia realizează un adevărat apogeu al suferinţei psihice, poate chiar al psihiatriei, marcînd şi modificînd în cel mai înalt grad personalitatea individului.

Pe prim plan se situează, desigur, tulburările de afectivitate, în care depresia ajunge la cele mai înalte valori, asociată fiind cu un sentiment de „durere morală". Viitorul apare cenuşiu, lipsit de orice perspectivă luminoasă, plin de chinuri şi suferinţe pentru el şi cei apropiaţi lui. Culpabilitatea sa, în care crede cu fanatism, îl face să-şi caute continuu vinovăţii imaginare în propriul trecut, cerînd singur cele mai drastice pedepse. Şi astfel se explică frecvenţa extrem de mare a tentativelor de sinucidere, care reprezintă singurele modalităţi de a scăpa de chinurile demonice, dar şi de a plăti prin acest act incomensurabilele „datorii".

Sentimentul dominant de nenorocire induce trăirea unor adevărate catastrofe morale. Pericolul suicidar este enorm, fapt ce impune o atitudine cu totul specială din partea personalului medical.

„Fiecare melancolic poartă cu el obiectul sinuciderii sale".

SUICIDUL

Cea mai gravă şi mai controversată formă de manifestare a depresiei este autoagresiunea, cu corolarul ei — comportamentul suicidar.

Actul în sine este o dovadă a convingerilor delirant-depresive. El nu este considerat ca un punct final al existenţei tragice, ci ca o obligaţie care derivă din sentimentul de culpabilitate pe care îl trăieşte. Pe plan mintal însă, suicidul trece prin următoarele faze: ideaţie, intenţie, tentativă.

De obicei, actul ca atare se realizează numai atunci cînd factorul circumstanţial (trauma psihică de exemplu) acţionează pe un teren psihic tarat. Ideaţia suicidară, de la schiţarea ei vagă, neconsistentă, se amplifică treptat într-un interval de timp cuprins în limite foarte largi şi în final se conturează ca unică metodă posibilă de rezolvare a situaţiei disperante. În momentul în care individul a renunţat la orice altă alternativă pentru ieşirea din criză, se structurează intenţia suicidară. Aceasta îi captează întreaga forţă psihică şi o proiectează pe ideea-soluţie a morţii. Riscul tentativei este cu atît mai mare cu cît intenţia este mai înrădăcinată. Oricum, actul în sine nu are loc în plin puseu depresiv, ci înainte ca bolnavul să fie cufundat în depresie sau după ce acesta a traversat episodul depresiv.

Indiferent dacă este reuşită sau nu tentativa, din punct de vedere psihiatric a atins graniţa psihoticului.

Din ce în ce mai mult, societatea este confruntată cu suicidul ca atare, în unele ţări ajungînd chiar să depăşească numărul victimelor prin accidente de circulaţie. Acest fapt impune studii ample, interdisciplinare, filozofice, sociologice, etice şi, în special, medicale, cu implicarea unor măsuri profilactice de cel mai mare randament.

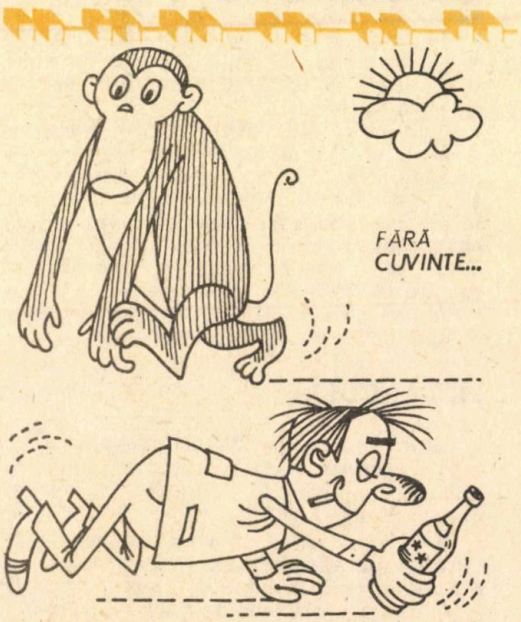
CONCLUZII

Am încercat să punctăm cîteva imagini ale zonei negative a afectivităţii, zonă care se întinde de fapt de la o simplă dispoziţie tristă — ca reacţie a unei situaţii conflictuale — la marea depresie, care a depăşit pragul psihoticului.

Această limită extremă tinde clar către suicid, ca unică şi supremă sancţiune dată tocmai trăirii subiectiv-negative a dramei propriei nefericiri.

Ea este, aşadar, caracterizată de cele mai imprevizibile reacţii de scurt-circuit, proprii acestei atît de complexe fiinţe — OMUL —, a cărui trăire afectivă reprezintă încă o extrem de mare necunoscută.

DR. **MIHAI PASCU**
SPITALUL UNIFICAT RM. VÎLCEA



DESEN DE **NIC. NICOLAESCU**

SEVESO

ECHIVALENTUL ECOTOXICOLOGIC AL HIROȘIMEI

CONF. DR. DOC. MARȚIAN COTRĂU
CATEDRA DE TOXICOLOGIE, I.M.F. IAȘI

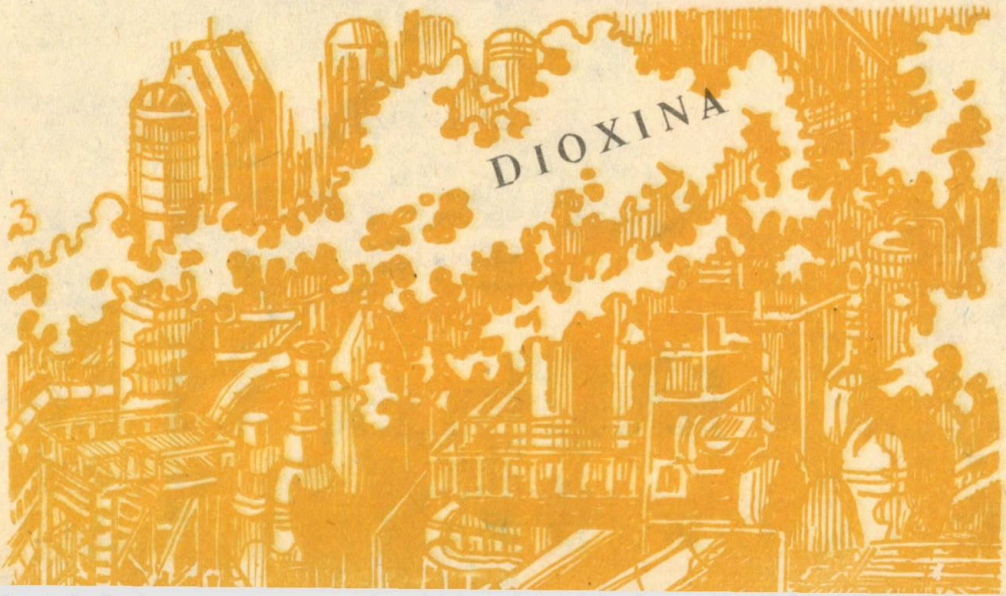
Nimeni din Seveso — suburbie a Milanului — nu bănuia în dimineața zilei de 10 iulie 1976 că această localitate va dobîndi o tristă celebritate, ce se va înscrie în seria accidentelor din industria chimică.

Accidentul semnifică un eveniment nefericit și neașteptat, mai puțin dramatic decît catastrofa, dar mai periculos decît incidentul. El trebuie considerat ca o verigă într-un lanț de evenimente mai complexe și riguros determinate. De aceea, s-a afirmat, pe bună dreptate, că „accidentul nu este accidental". Departe de a fi un paradox, expresia este justificată de faptul că la provocarea accidentului concură o serie de cauze, astfel încît accidentul este o manifestare rară și puțin caracteristică a unui proces periculos, și de aceea apare ca un fapt anormal. Prin calcul probabilistic, Heinrich a demonstrat că „aceeași acțiune periculoasă produce o rănire numai o dată din 30 de efectuări ale actului periculos și o rănire gravă o dată din 300".

Explozia demografică și necesitatea asigurării hranei, precum și a unor condiții mai bune de viață membrilor acestei „maree umane", cum o numește Jacobi, a impus chimiei un rol principal în lupta pentru asigurarea acestor deziderate și, ca urmare, înmulțirea enormă a întreprinderilor cu profil chimic.

Indiferent de cauze, în industria chimică se pot produce accidente, care afectează atît procesul de producție, respectiv instalațiile, cît și personalul respectiv sau zonele înconjurătoare pe distanțe variabile, putînd contamina sau distruge componentele mediului înconjurător. Pentru a reduce la minimum variatele riscuri în industria chimică, se cheltuiește, pe lîngă efort, timp și bani. Oricum, trebuie să se asigure astfel de condiții încît numărul accidentelor din industrie să nu depășească pe cele rutiere sau care se produc în gospodărie.

O statistică a accidentelor care au avut loc în industria chimică în perioada anilor 1921—1978 a pus în evidență 94 de accidente mari, cu 957 de morți, 7 850 de răniți și 12 350 de evacuați. Accidentul cu cel mai mare număr de morți s-a produs însă în anul 1948, cînd explozia de la o fabrică de dimetileter din Ludwigshafen (R.F.G.) a ucis 245 de persoane și a rănit 2 500.

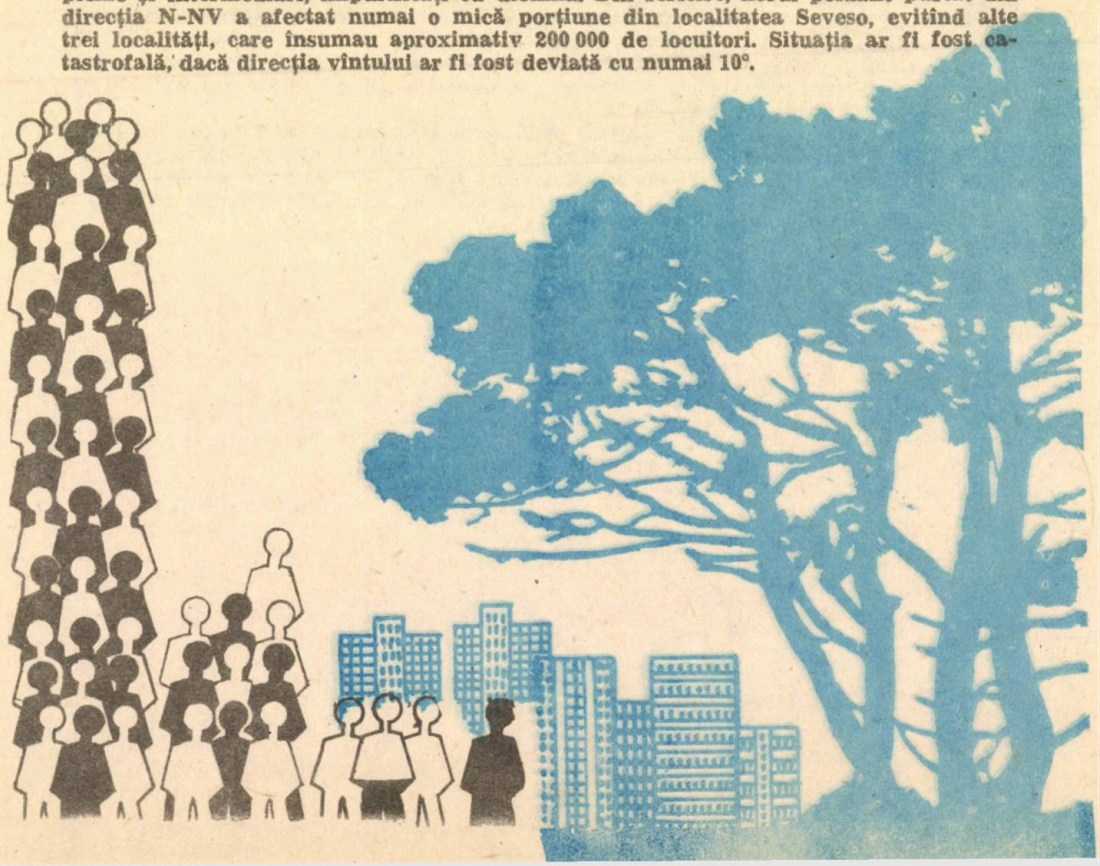


Dar accidentul cu cele mai grave consecințe socio-economice s-a produs la Seveso. În marea uzină chimică din localitate — ICMESA — se sintetiza defoliantul acid triclorfenoxiacetic (2, 4, 5—T). Din materiile prime utilizate pentru 2, 4, 5—T, chimistul Gump obținuse încă din anul 1941, la cererea firmei Givaudan (Hoffmann-La Roche), în condiții diferite, bactericidul hexaclorofen. Fiind considerat lipsit de toxicitate, hexaclorofenul era folosit ca bactericid la prepararea săpunurilor și a pudrelor pentru sugari, precum și în tratamentul arsurilor întinse. De-a lungul anilor, s-au constatat o serie de intoxicații la copiii sau pacienții tratați cu hexaclorofen pulbere, precum și la muncitorii care se ocupau cu sinteza bactericidului.

Pe de altă parte, defoliantul 2, 4, 5—T a fost intens folosit în războiul din Vietnam ca armă chimică. Ca defoliant, el determina căderea frunzelor, descoperind astfel amplasarea trupelor din junglă. De asemenea, ca substanță ecocidă, provoca sterilizarea solului respectiv, ducînd la înfometarea populației. În paralel s-a putut observa în Vietnam creșterea numărului de nou-născuți morți, precum și o frecvență mai mare a anomaliilor congenitale, efecte care nu au fost corelate la vremea aceea cu utilizarea defoliantului pe cîmpurile de luptă. Experiențele ulterioare pe animale au confirmat că defoliantul 2, 4, 5—T determină efecte nocive asemănătoare cu cele ale Thalidomidei.

Noi cercetări au demonstrat că elementul toxic comun ambelor substanțe — bactericidul hexaclorofen și defoliantul 2, 4, 5—T — este dioxina, care rezultă în cursul sintezei celor două substanțe ca o impuritate, avînd o concentrație variabilă, în funcție de condițiile de lucru. Dioxina este unul dintre cei mai puternici toxici cunoscuți, depășind cu mult toxicitatea stricninei, acidului cianhidric și a plutoniului, apropiindu-se de aceea a toxinei botulinice. Agresivitatea ei este accentuată de marea stabilitate la agenți de biodegradare. Doza letală (DL_{50}) este de 0,6—1 nanograme/kilocorp la maimuțe și există indici că omul ar fi și mai sensibil. Totodată, dioxina este și un cancerigen puternic, generator al cancerului hepatic, fiind de 60 de ori mai activ decît benzpirenul.

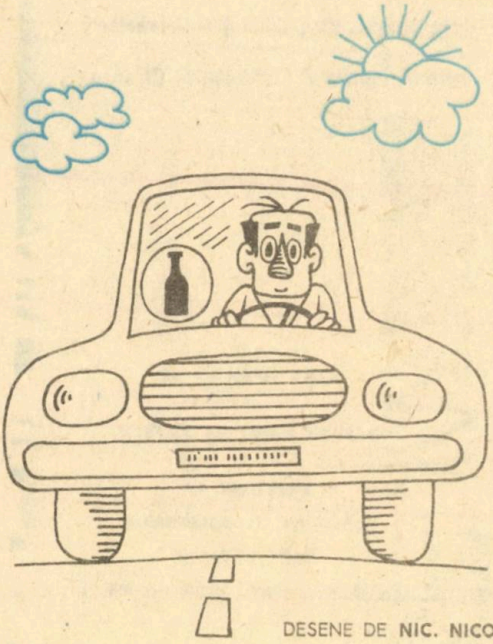
La uzina din Seveso, în ziua accidentului, tehnicianul însărcinat cu recuperarea prin distilare a solvenților de la sinteza defoliantului nu a supravegheat instalația, a cărei temperatură a depășit 600°C, fapt care a determinat deviația reacției resturilor de materii prime din instalație către formare de dioxină. Suprapresiunea din instalație a determinat autodeschiderea supapei de siguranță, evitînd astfel explozia ; în schimb, a expulzat în atmosferă un nor albicios, format din aerosoli de materii prime și intermediari, impurificați cu dioxină. Din fericire, norul poluant purtat din direcția N-NV a afectat numai o mică porțiune din localitatea Seveso, evitînd alte trei localități, care însumau aproximativ 200 000 de locuitori. Situația ar fi fost catastrofală, dacă direcția vîntului ar fi fost deviată cu numai 10°.

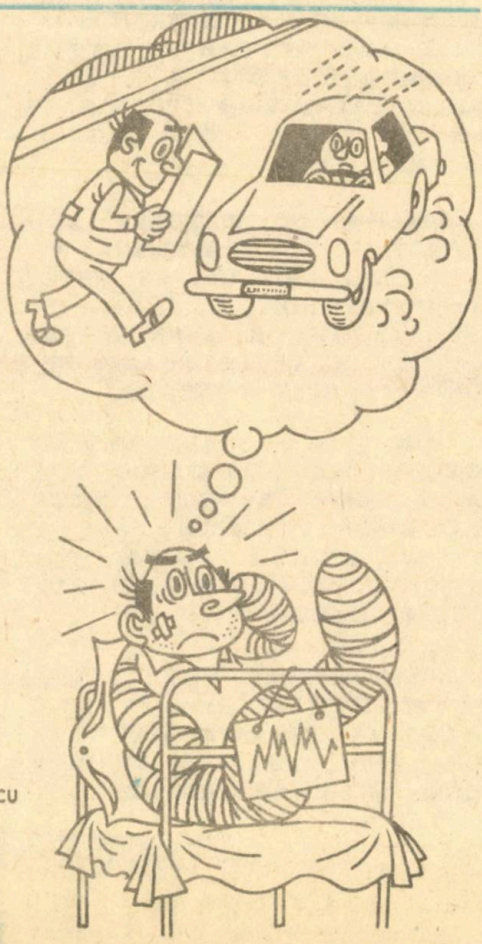


După multe tergiversări, abia după 5 zile au fost luate primele măsuri de protejare a populației. Constatîndu-se moartea ierbivorelor și, în special, a iepurilor, dar și prezența leziunilor cutanate la copii, s-a interzis consumarea de legume și fructe provenite din zona respectivă. Asistența medicală s-a acordat abia după 10 zile de la accident, iar evacuarea populației din zona afectată (200 de persoane) și ținerea sub observație medicală a 5 000 de persoane s-a făcut după identificarea dioxinei în mediul contaminat prin aerosolii evacuați de uzina chimică. Pentru evitarea contaminării ulterioare în zona cea mai afectată (115 ha), totul a fost demolat și distrus. Din toate zonele contaminate, pămîntul a fost săpat pînă la o adîncime de 35 cm, rezultînd 50 000 m^2 de pămînt, care au fost înconjurați cu un gard înalt de 4 m. Costul operațiilor de decontaminare a atins valoarea de 40 de miliarde de lire. Deși nu s-au înregistrat victime omenești, cele mai mari pierderi au afectat sectorul veterinar și de bunuri imobiliare.

Episodul de la Seveso a fost considerat, pe bună dreptate, atît din punct de vedere sanitar, cît și socio-economic, cea mai mare dramă ecologică după Hiroșima.

FARĂ CUVINTE...





DESENE DE NIC. NICOLAESCU

REZOLVAREA JOCURILOR REBUSISTE

• **MEDICINA ÎN ROMANUL ROMÂNESC CONTEMPORAN :** NEÎNTRERUPTĂ ; ÎNTUNECARE ; C ; NAI ; ADAM ; TIC ; A ; TS ; AT ; CROI ; TIMOTEI ; UND ; GII ; ETERNA ; ME ; RELUA ; IULIAN ; EOS ; SIN ; BART ; CD ; GALAN ; CI ; EOL ; TA ; ILONA ; AR ; CURTA ; BĂI.

• **SĂNĂTATEA :** CHELTUIELI ; OAMENI ; RAU ; PB ; V ; TS ; UV ; IIS ; TEFERE ; ITARI ; AMAN ; UNITĂȚI ; A ; UȘI ; EZ ; RAL ; R ; TARIE ; L ; ASANA ; LATA ; RARI ; LECUI ; ETAIX ; VILA.

• **LA FARMACIE :** NEAPOLE ; SALA ; LEACURI ; LEU ; FERDINAND ; OS ; IN ; O ; ADERENT ; LARVA ; ILAU ; R ; I ; OARECE ; RAI ; POM ; A ; A ; TOMA ; OLANDA ; TIPA ; VINE ; STI ; ALA ; IV ; GALAȚI ; GR ; C ; ORB ; BAGDAD ; IONESCU ; ARME.

• **MEDICINA ÎN PICTURĂ :** REMBRANDT ; S ; E ; TRATAMENT ; YC ; E ; ON ; NAI ; NAA ; CLINICI ; ORLEY ; STEEN ; LAER ; OM ; R ; T ; DVS ; CA ; ASPA ; SASTISIT ; E ; GARN ; BOARD ; AGNITA ; MAMA ; RID ; AGI ; TEL ; PORTRETE ; KI ; I ; OPERAȚIE.

• **SOARE ȘI APĂ :** SOARE ; MAMAIA ; TOMOZEI ; PLOP ; R ; ISANOS ; UDA ; AM ; I ; OCEAN ; R ; NISIP ; ARȘIȚA ; DAC ; IARBĂ ; AI ; MAPE ; DANS ; E ; TIL ; LA ; RAET ; A ; DIEDRE ; CEM ; UTAN ; YI ; BEGA ; TORID ; CAUTER ; UIC ; BRONZARE.

• **TEATRU :** EVERAC ; NELI ; TOLSTOI ; VIU ; EI ; CRISTIAN ; REN ; AF ; EE ; I ; N ; OBS ; IN ; ME ; IFTA ; MATEI ; TATONA ; ATRI ; ANA ; ARA ; COD ; TARCHILA ; SE ; E ; ANTONIA ; E.

• **Cărți de vizită :** Medic psihiatru — Tulcea ; medic ginecolog — Urlați.

• **Pătrat :** Carii, Amara, Rănit, Irită, Iatac.

• **Epidemică :** Scarlatina (S-ca-r-la-t-în-a).

• **Prescripție medicală :** Spălături (S-palături).

• **Farmaceutică :** Heparina (He-par-în-a).

• **Diagnostic :** Evident, icter are (E-v-identic-t-e-r-are).

• **Glandulară :** Tiroide (Doi + trei).

• **Cu medicamente :** Farmacie (cifră mare).

• **Instituție medicală :** Sanatoriu (Dansatori).

• **Studiu anatomic :** Disecție (Direcție).

• **O scurtă urare :** Sănătate (Manta + stea).

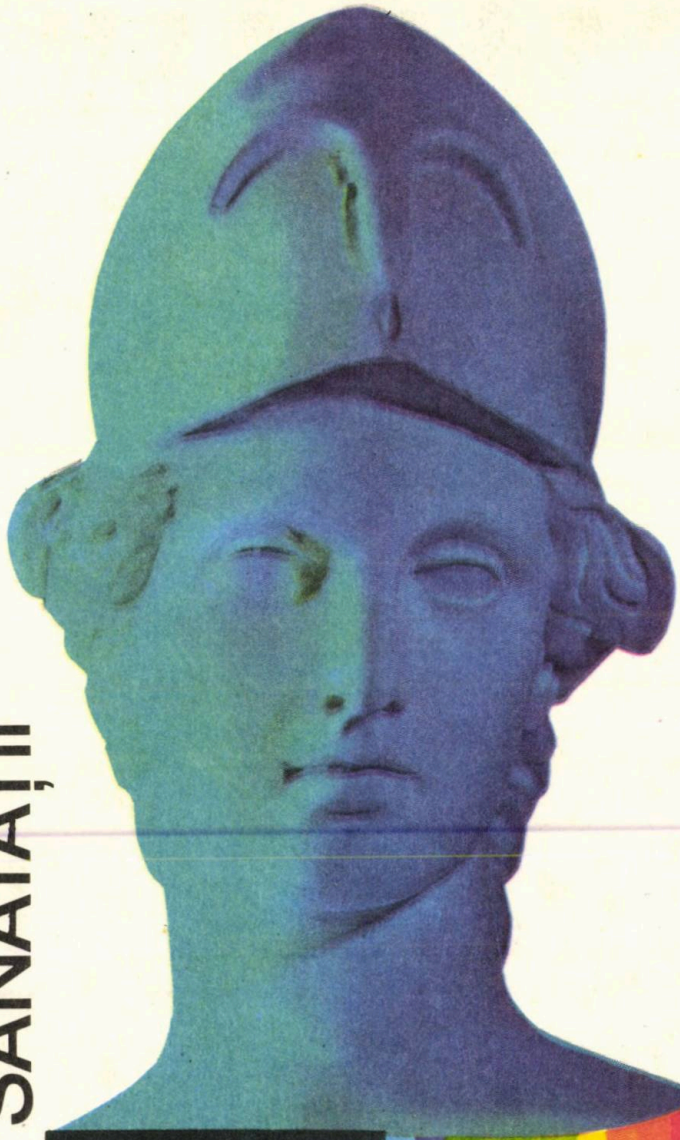
COLI TIPAR — 12

BUN DE TIPAR LA 30.XI.82

IMPRIMAT LA
COMBINATUL POLIGRAFIC
CASA SCÎNTEII
BUCUREȘTI, PIAȚA SCÎNTEII NR. 1

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

LEI 25



ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII

EDITURA MEDICALĂ